Actividades da **OMS** na Região Africana

RELATÓRIO DA DIRECTORA REGIONAL

2015
2016

Organização Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL para a África

Dados de Catalogação na Publicação da Biblioteca da OMS/ AFRO

Actividades da OMS na Região Africana 2015-2016, Relatório da Directora Regional

1. Organização Mundial da Saúde – organização e administração
2. Planificação Regional da Saúde – organização e administração
3. Prioridades de Saúde
4. Planificação da Saúde e Assistência Técnica
5. Realizações
6. Administração da Saúde Pública – organização e administração – métodos

I. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África II. Título

ISBN: 978 929034 090 4 (Classificação NLM: WA 541 HA1)

Concepção gráfica e Impressão: Escritório Regional da OMS para a África, República do Congo

Índice

FIGURAS

Siglas e acrónimos

AAM	Agência Africana dos Medicamentos
AEQ	Avaliação externa da qualidade
AICS	Reforço da Responsabilização e dos Controlos Internos
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AMM	Administração em Massa de Medicamentos
APOC	Programa Africano de Combate à Oncocercose
AVAREF	Fórum Africano para a Regulação das Vacinas
BMGF	Fundação Bill e Melinda Gates
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (EUA)
CEEAC	Comunidade Económica dos Estados da África Central
CLP	Programa Nacional de Aprendizagem
COP21	Conferência de Paris sobre Alterações Climáticas
CUA	Comissão da União Africana
CUS	Cobertura universal de saúde
DDT	Dicloro-difenil-tricloroetano
DNT	Doenças não transmissíveis
DOTS	Tratamento de curta duração sob observação directa
DPI	Direitos de propriedade intelectual
DTN	Doenças tropicais negligenciadas
DTN-GRPR	Doenças tropicais negligenciadas – Grupo de Revisão do Programa Regional
DTN-QP	Doenças tropicais negligenciadas susceptíveis à quimioterapia
DTP	Vacina da difteria-tétano-tosse convulsa
DVE	Doença por vírus Ébola
ESPEN	Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas
FAESP	Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública
FCAC	Fundo comunitário da saúde para a África Central
FIND	Fundação para Novos Diagnósticos Inovadores
GAC	Comité de Aprovação de Subvenções
GFF	Mecanismo Mundial de Financiamento
GPEI	Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite
HiAP	Saúde em todas as políticas
HSS	Reforço dos sistemas de saúde
ICATT	Adaptação informática e instrumento de formação para a Atenção Integrada às Doenças da Infância
iCCM	Gestão integrada dos casos comunitários
IMAI	Gestão Integrada das Doenças dos Adolescentes e Adultos
IRIS	Repositório Institucional Mundial da OMS para a Partilha de Informação
ITP	Implementação através de parcerias
MPDSR	Vigilância e resposta às mortes maternas e perinatais
MTI	Mosquiteiro tratado com insecticida
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento em África
NHFPC	Corporação Nacional da China para a Saúde e o Planeamento Familiar
NNMR	Taxa de mortalidade neonatal
OAFLA	Organização das Primeiras Damas Africanas contra o VIH/SIDA
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
ONS	Observatórios Nacionais de Saúde
OSAC	Organisation de la Santé de l'Afrique centrale

PAV	Programa Alargado de Vacinação
PAV/AIDI	Programa Alargado de Vacinação e Atenção Integrada às Doenças da Infância
PCI	Prevenção e controlo das infecções
PEPFAR	Plano de Emergençia do Presidente dos Estados Unidos para a Redução da SIDA
PGT	Programa Geral de Trabalho
PHEIC	Emergência de saúde pública de dimensão internacional
PSM	Gestão das Compras e Abastecimento
RAM	Resistência antimicrobiana
RHS	Recursos humanos para a saúde
RMNCAH	Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente
RPRG-DTN	Grupo Regional de Revisão Programática para as Doenças Tropicais Negligenciadas
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
r-SIS	Sistema Estratégico de Informação em tempo real
SANA	Análise da situação e avaliação das necessidades
SAV	Semana Africana da Vacinação
SCS	Sistema de Contas da Saúde
SIS	Sistemas de informação sanitária
SRL	Rede Supranacional de Laboratórios de Referência
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
TAR	Terapêutica anti-retroviral
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose multirresistente
TL	Taxa de letalidade
TMK	Conhecimentos médicos tradicionais
TRP	Painel de Revisão Técnica
TSM	Teste de susceptibilidade aos medicamentos
U5MR	Taxa de mortalidade de menores de cinco anos
USAID	Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
VFA	Vacina da febre-amarela
VIP	Vacina inactivada do poliovírus
VOP	Vacina oral da poliomielite
VOPb	Vacina oral da poliomielite bivalente
VOPt	Vacina oral da poliomielite trivalente
VPC	Vacina pneumocócica conjugada
VPD	Doenças evitáveis pela vacinação
VPH	Vírus do papiloma humano
VRID	Vigilância e resposta integrada às doenças
WASH	Água, saneamento e higiene
WASHFIT	Instrumento de Melhoria dos Serviços de Água e Saneamento para a Saúde
WHO CEF	Fundo de Contingência da OMS para as Emergências
WHO PEN	Pacote da OMS de Intervenções Essenciais para as Doenças Não Transmissíveis
WISN	Indicadores do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação

Resumo

Pela Directora Regional da OMS para a África

A Directora Regional tem o prazer de apresentar este relatório das actividades da OMS na Região Africana, referente ao período de Outubro de 2015 a Junho de 2016. O relatório sublinha as significativas realizações, ao abrigo das seis categorias do 12.º Programa Geral de Trabalho, no apoio aos Estados-Membros da Região Africana na área do desenvolvimento sanitário. O relatório reflecte as contribuições das Representações da OMS e do Escritório Regional, incluindo as três Equipas de Apoio Interpaíses.

"A OMS na Região Africana está empenhada em trabalhar com os seus Estados-Membros e parceiros para alcançar o nível de saúde mais elevado possível para as populações africanas, através da consecução dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável e da Cobertura Universal de Saúde."

Dr.ª Matshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para a África

Interrupção bem-sucedida da transmissão da doença por vírus Ébola (DVE) e melhoria da segurança sanitária

A epidemia mais longa e mais grave de DVE que se conhece na história da humanidade foi travada na África Ocidental, em Dezembro de 2015, após uma resposta intensiva e sustentada por parte dos governos, sociedade civil e parceiros do desenvolvimento, incluindo o sistema das Nações Unidas. No pico da epidemia, em Agosto-Setembro de 2014, foi notificada uma média de 150 a 200 casos por semana. Em finais de 2015, apenas uns poucos casos foram notificados, com esse patamar a manter-se durante 2016. Com base nas recomendações do Comité de Emergências do RSI, a Directora-Geral da OMS revogou a declaração da epidemia de DVE como Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional em 29 de Março de 2016. Até então, tinham sido notificados um total de 28 616 casos confirmados, prováveis e suspeitos na Guiné, Libéria e Serra Leoa, com 11 310 mortes.

A Serra Leoa declarou o final da transmissão do Ébola entre pessoas em 17 de Março de 2016, e a Guiné em 1 de Junho de 2016, após as últimas crises. A Libéria declarou inicialmente o final da transmissão pessoa a pessoa do Ébola, em 9 Maio de 2016, mas, posteriormente, o vírus reemergiu mais três vezes no país. O fim do último surto de DVE na Libéria foi declarado em 9 de Junho de 2016. Posteriormente, não se verificaram mais casos durante um período de 90 dias de vigilância reforçada, que garantiu que quaisquer novos casos seriam rapidamente identificados e contidos antes da sua disseminação.

A rápida contenção das crises indica que foram formadas capacidades nesses países. A vigilância continua a ser mantida nos três países para evitar, detectar e responder a casos suspeitos, pois persiste o risco de outros surtos devidos à exposição a fluidos corporais infectados dos sobreviventes.

A OMS e os seus parceiros continuam a trabalhar com os governos de Guiné, Libéria e Serra Leoa, para ajudar a garantir que os sobreviventes tenham acesso a cuidados médicos e psicossociais e a rastreio à persistência do vírus, bem como a aconselhamento e educação, para os ajudar a reintegrarem-se na sua vida familiar e comunitária, a reduzir o estigma e a minimizar o risco de transmissão do vírus Ébola. A OMS está ainda a colaborar com os seus parceiros no apoio aos países para restabelecer e reforçar os seus principais programas de saúde pública, especialmente de saúde materna e infantil.

OMS/S. Gborie

Foco continuado na preparação e na resposta rápida às epidemias

OMS/P. Haughton

A OMS continuou a trabalhar com os Estados-Membros e parceiros para melhorar as capacidades nacionais de preparação e resposta, nomeadamente através da condução de uma análise regional dos riscos e de um exercício de mapeamento. Os países mais vulneráveis estão a receber apoio para reforçar a preparação e elaborar planos nacionais e roteiros para atingir e manter as capacidades essenciais do RSI. A OMS está a trabalhar com diversas iniciativas mundiais de segurança sanitária, mantendo a advocacia para uma acção coordenada no seio dos Estados-Membros e parceiros para melhorar a preparação, alerta e resposta, bem como para reforçar a colaboração entre os países e entre as instituições. Espera-se que os Estados-Membros afectem recursos internos à implementação de intervenções prioritárias, uma vez que os governos são os principais responsáveis pela segurança sanitária nacional.

A OMS tem trabalhado com os governos de Angola, República Democrática do Congo (RDC) e Quénia para conter um surto da febre-amarela a uma escala sem precedentes. O surto teve início em Angola, em Dezembro de 2015, e propagou-se para a RDC e Quénia. Foram notificados em Angola, até 30 de Junho 2016, 3552 casos, incluindo 355 mortes, e 1399 casos com 82 mortes na RDC. O Uganda tinha também notificado 60 casos e 7 mortes num surto não relacionado com o de Angola. A OMS e seus parceiros apoiaram rapidamente os países afectados na implementação de medidas de controlo. Em finais de Junho de 2016, a Organização tinha mobilizado 126 peritos internacionais para dar apoio às campanhas de vacinação e reforçar os esforços da vigilância, comunicação dos riscos, mobilização comunitária, tratamento de casos e controlo integrado dos vectores.

Foco continuado na preparação e na resposta rápida às epidemias

Através de mecanismos do Grupo Internacional de Coordenação, a OMS forneceu mais de 14 milhões de doses de vacinas da febre-amarela a Angola, RDC e Uganda. Foram desembolsados fundos de cerca de 1,6 milhões de dólares do Fundo de Contingência da OMS para as Emergências (FCE) e do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP) para apoio aos esforços nacionais de resposta. O risco de febre-amarela na Região alterou-se, e está actualmente a ser elaborada uma nova estratégia regional para a febre-amarela que incide na vacinação e na segurança sanitária.

OMS

O Escritório Regional apoiou ainda Cabo Verde e Guiné-Bissau na resposta a surtos do vírus Zika, que foram notificados respectivamente em Outubro de 2015 e Junho de 2016. Estes surtos estão ligados ao surto de Zika das Américas, que foi declarado uma Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional, pela Directora-Geral da OMS, em 1 de Fevereiro de 2016. Até 30 de Junho de 2016, tinham sido notificados 7585 de casos suspeitos de Zika, incluindo nove casos de bebés com microcefalia, entre os recém-nascidos de mães infectadas pelo Zika, nos dois países, com 202 casos confirmados em laboratório. O número de casos notificados em Cabo Verde tem vindo a decrescer, com os últimos novos casos confirmados notificados em Março de 2016, enquanto a Guiné-Bissau tinha três casos confirmados em finais de Junho de 2016. A OMS forneceu apoio à investigação inicial e confirmação do diagnóstico, através da mobilização de peritos e, ao mesmo tempo, forneceu orientações e aconselhamento a outros Estados-Membros e parceiros em matéria de preparação e resposta à doença do vírus Zika.

Redução das doenças e da mortalidade infantil

A OMS continua a promover a vacinação como a intervenção salvadora de vidas com melhor relação custo-eficácia, especialmente para as crianças. A cobertura com a terceira dose da vacina da difteria-tétano-tosse convulsa (DPT3) na Região Africana tem vindo a melhorar, com 24 países a atingirem taxas de cobertura acima de 90% em 2015. Os países fizeram também progressos significativos na introdução de novas vacinas, como as vacinas pneumocócicas conjugadas (VPC) e as vacinas do rotavírus, nos seus programas de vacinação. Trinta e oito

países estão a usar as VPC e 31 as vacinas do rotavírus. O aumento do uso destas vacinas está já a exercer um impacto positivo sobre a prevalência das doenças. Por exemplo, o Gana, Ruanda e Togo notificaram reduções de 45 a 65% de hospitalizações por rotavírus, nos grandes hospitais de referência, durante o período 2014 – 2015.

Para reforçar mais a advocacia da vacinação, os ministros da saúde, parlamentares e parceiros aprovaram uma declaração do Acesso Universal à Vacinação – *Acesso Universal à Vacinação como Pedra Basilar da Saúde e do Desenvolvimento em África* – na primeira Conferência Ministerial sobre Vacinação em África, organizada em conjunto com a Comissão da União Africana e o Governo da Etiópia, em Fevereiro de 2016. A implementação da declaração irá contribuir para reduzir a mortalidade infantil, dentro do contexto dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Manutenção da dinâmica para a erradicação da poliomielite na Região

Foi mantida a dinâmica para a erradicação da poliomielite na Região, sem qualquer caso confirmado de poliovírus selvagem, desde Julho de 2014. A Região Africana completou com êxito a fase 1 do confinamento de poliovírus em laboratório, com a destruição de poliovírus e materiais potencialmente infecciosos, no primeiro trimestre de 2016.

OMS/ Y. Selamawit

Em harmonia com os requisitos do Plano Mundial de Acção para a Erradicação da Poliomielite, a Região encontrava-se entre as primeiras que mudaram com sucesso da vacina oral trivalente da poliomielite (VOPt) para a vacina oral bivalente da poliomielite (VOPb), em Abril-Maio de 2016. Estão em curso actividades para garantir uma transferência bem-sucedida do pessoal e dos recursos da poliomielite na Região Africana.

Redução do fardo das doenças transmissíveis

OMS/Dicko

À medida que o mundo passa dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para procurar alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, a OMS contribuiu de forma significativa para os progressos dos Estados-Membros na redução do fardo das doenças transmissíveis, incluindo as doenças evitáveis pela vacinação, VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e doenças tropicais negligenciadas. Por exemplo, o número de adultos e crianças recentemente infectados com o VIH na Região Africana diminuiu 19% nos últimos 5 anos, de 1,63 milhões para 1,37 milhões, prosseguindo o reforço do tratamento, com uma estimativa de 12,1 milhões de pessoas (43% das que são elegíveis) a receberem terapêutica anti-retroviral (TAR), em finais de 2015. As mortes anuais decorrentes do VIH na Região Africana desceram para 800 000, em comparação com as mais de 1,5 milhões de mortes em 2004, no ano do pico da mortalidade pelo VIH. Na sequência da publicação das novas orientações da OMS "Tratar todas as Pessoas" para a prevenção, tratamento e cuidados do VIH, 31 países prioritários receberam apoio para elaborarem planos para novas recomendações dirigidas às metas "90-90-90". A disponibilização de terapêutica anti-retroviral a todas as pessoas que tenham teste do VIH positivo, independentemente da contagem de células CD4, irá reduzir ainda mais as infecções pelo VIH e os respectivos óbitos na Região.

Embora os novos casos e as mortes por TB continuem a diminuir, a TB multirresistente aos medicamentos (TB-MR) continua a ser um desafio na Região. A OMS tem ajudado os países a reforçarem a sua gestão da TBR, através do acesso a medicamentos de qualidade garantida. Para responder aos desafios do diagnóstico, a OMS e os seus parceiros criaram e lançaram um quadro regional de reforço da rede de diagnósticos da TB em África. Como parte deste processo, a OMS facilitou os debates com o Fundo Mundial para comprar laboratórios em contentores pré-fabricados e com biossegurança adequada, destinados a alguns países da Região, para efectuarem culturas de TB e testes de sensibilidade aos medicamentos (TSM). Para acelerar a redução do fardo da TB, a Região elaborou um quadro para implementar a estratégia pós-2015 de prevenção, cuidados e controlo da TB denominada "Pôr Fim à TB", que foi aprovada pela sexagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde.

A Região Africana tem feito progressos significativos na luta contra o paludismo. As taxas de incidência e de mortalidade pelo paludismo desceram respectivamente 42% e 66% entre 2000 e 2015, enquanto a prevalência da infecção nas crianças entre os 2 e os 10 anos de idade desceu mais de metade.

Redução do fardo das doenças transmissíveis

OMS/Dicko

Seis países podem eventualmente eliminar a transmissão local do paludismo até 2020. Este progresso é o resultado da aplicação alargada de intervenções de prevenção e de tratamento dos casos com boa relação custo-eficácia, com cerca de 67% da população geral da Região a ter acesso a mosquiteiros tratados com insecticida (MTI) e 16% das crianças necessitadas a terem acesso a uma terapêutica de associação medicamentosa à base de artemisinina (AMBA) em 2014, um aumento considerável por comparação com os >1% registados em 2005.

O contributo da OMS para os progressos realizados na resposta ao VIH, TB e paludismo incluiu assistência técnica às várias componentes programáticas, assim como negociações que visavam a obtenção de subsídios. O Escritório Regional respondeu a mais de 62 pedidos de apoio técnico de 15 países, entre Outubro de 2015 e Junho de 2016. Através do acordo de cooperação OMS/Fundo Mundial de Maio de 2014, o Escritório Regional dedicou 4 milhões de dólares para prestar apoio aos países na elaboração de cerca de 50 Notas Conceptuais, da quais mais de 85% receberam aprovação do FM na primeira apresentação da sua candidatura.

Desde a criação deste acordo, já foram conseguidos mais de 4 mil milhões de dólares em subsídios. Em Novembro de 2015, a OMS participou num fórum de parcerias promovido pelo FM, intitulado “Implementação Através de Parcerias” (IAP). A OMS está a prestar apoio a 18 países da Região Africana com grandes portefólios do FM e baixo nível de utilização, com vista a acelerar a implementação dos seus programas de TB, VIH, paludismo e para os sistemas de saúde.

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) afectam as pessoas mais pobres e constituem uma das principais prioridades da OMS na Região. É fundamental apostar fortemente em intervenções direccionadas e com boa relação custo-eficácia para se alcançar metas ambiciosas para a Região, como a da erradicação da dracunculose. Para o efeito, após o encerramento planeado do Programa Africano de Combate à Oncocercose (APOC), em Dezembro de 2015, a OMS criou o Programa Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN), para apoiar os países a combater as DTN que são susceptíveis à quimioterapia preventiva (DTN-QP). Estas são a filaríase linfática, a oncocercose, a esquistossomíase, os helmintas transmitidos pelo solo e o tracoma. Quarenta e um países associaram-se à OMS para mapear os locais onde estas doenças ocorrem e onde as pessoas são infectadas, o que irá permitir aos países tomarem decisões de base factual e iniciarem a administração em massa de medicamentos (AMM) de quimioterapia preventiva. A dracunculose está prestes a ser erradicada. Os casos notificados de dracunculose baixaram de 126 em 2014, para 22 em 2015, nos quatro restantes países endémicos (Chade, Etiópia, Mali e Sudão do Sul), onde a OMS presta apoio para a vigilância de base comunitária, notificação diária de rumores de casos suspeitos e contenção rápida de casos.

Resposta ao fardo das doenças não transmissíveis

OMS/J. Pudlowski

As doenças não transmissíveis (DNT), bem como as incapacidades, a violência e os traumatismos são um crescente problema na Região Africana, onde se prevê que, até 2025, 55% de todas as mortes sejam atribuíveis a DNT e traumatismos. A OMS elaborou um inquérito à capacidade dos países, que já foi concluído em 35 países, e que servirá como base para a acção com vista ao reforço da capacidade dos Estados-Membros em responder ao fardo cada vez maior das DNT. Outros oito países elaboraram planos nacionais multissectoriais para as DNT, elevando para 23 o número de países que estão prontos para acelerar a acção sobre estas doenças, tendo sete países elaborado políticas e planos de saúde mental.

O cancro do colo do útero é um dos cancros mais comuns nas mulheres africanas. A maioria dos Estados-Membros não dispõe de unidades e profissionais de saúde formados para uma eficaz prevenção, detecção precoce ou tratamento. A OMS contribuiu para melhorar os serviços para o cancro do colo do útero através do desenvolvimento de competências em registos oncológicos em 21 países e da formação de formadores no Malawi, Zâmbia e Nigéria em prevenção e controlo do cancro do colo do útero.

Têm vindo a ser reforçados os esforços para se agir sobre as vertentes da prevenção e controlo dos principais factores de risco das DNT: tabagismo, uso nocivo das bebidas alcoólicas, inactividade física e alimentação pouco saudável. No combate ao tabagismo, a Gâmbia tornou-se o primeiro país a lançar orientações clínicas nacionais para a cessação tabágica, enquanto o Botsuana introduziu uma taxa adicional sobre os produtos do tabaco, sendo também o primeiro na Região. Em outras iniciativas para reduzir o tabagismo e a exposição ao fumo do tabaco, cinco países promulgaram leis e regulamentação em linha com a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica, enquanto o Burquina Faso, a Côte d'Ivoire e o Mali ratificaram o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilegal de Produtos do Tabaco durante o período em análise, ascendendo a cinco os países da Região Africana, dos 19 a nível mundial, que são agora Partes do protocolo.

Promoção da acção intersectorial para a saúde

Dar resposta aos determinantes sociais da saúde é uma das principais áreas de incidência na Região. Tem sido dada especial atenção ao reforço das capacidades dos países para integrarem noutros sectores a "saúde em todas as políticas" (HiAP), como parte de um plano de acção intersectorial. Em Novembro de 2015, a OMS organizou em Joanesburgo, na África do Sul, um seminário para o reforço das capacidades dos decisores políticos de sectores como os do comércio, assuntos sociais e governo local, de 15 países.

Promoção da acção intersectorial para a saúde

OMS/A. Craggs

Utilizando diversos instrumentos da OMS, estudos de casos e relatórios partilhados durante a reunião, incluindo o *Manual de Formação sobre Saúde em Todas as Políticas*, estes países elaboraram já planos de implementação e sínteses de políticas para melhorar os determinantes sociais da saúde através da acção intersectorial. Os surtos de cólera são um exemplo desta acção intersectorial em que a OMS trabalhou com os países e outras agências da ONU para apoiar os sectores da água, saneamento e higiene.

A Região Africana é particularmente vulnerável aos determinantes ambientais da saúde e é actualmente dominada pelo fenómeno *El Niño*, que tem conduzido a condições climáticas extremas e a catástrofes nacionais de seca em muitos Estados-Membros, o que afecta milhões de pessoas na África Oriental e Austral.

Em harmonia com os ODS, o Escritório Regional elaborou uma agenda estratégica regional, para estimular o investimento e a acção intersectorial, no contexto dos programas prioritários da saúde e do ambiente em África. Foram mobilizadas equipas multidisciplinares de peritos para prestar apoio técnico a cinco países da África Oriental e Austral que estão a sofrer os efeitos do *El Niño* e que receberam assistência na elaboração de planos nacionais de resposta ao *El Niño* para o sector da saúde, tendo fornecido igualmente recursos financeiros para a resposta à cólera. Para alargar as parcerias e a colaboração intersectorial para as alterações climáticas, o Escritório Regional promoveu um "Evento no Pavilhão de África", na Conferência sobre Alterações Climáticas, em Paris, em Dezembro de 2015.

Promoção da acção intersectorial para a saúde

Foram assim expostos exemplos de estratégias com boa relação custo-eficácia destinadas a construir a resiliência das comunidades e em defesa de uma eficaz participação comunitária, como resposta ao impacto das alterações climáticas em África sobre a saúde pública.

Fazer avançar as parcerias estratégicas para a saúde

OMS/L. Cipriani

O Escritório Regional está a progredir na criação e reforço de parcerias estratégicas. Trabalhando em estreita colaboração com o Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental, o Escritório Regional da OMS para a África está a apoiar a Comissão da União Africana (CUA) nos seus esforços para fazer avançar agenda da saúde no continente. A OMS prestou apoio à criação do Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África) e vai assinar um acordo-quadro de colaboração com a CUA para haver uma sinergia na abordagem à temática da segurança sanitária.

A Directora Regional visitou alguns dos principais parceiros bilaterais, incluindo um leque de agências do governo dos EUA e o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID), para reforçar as parcerias existentes.

Como parte do papel de liderança da OMS na área da saúde da Região Africana, a Directora Regional esteve presente numa reunião ministerial na República do Gabão, onde a OMS prestou apoio técnico para a criação de uma Organização da Saúde da África Central e ainda o Fundo Comum da África Central para a Saúde. A Directora Regional também fez uma visita de trabalho à China, em Março de 2016, durante a qual debateu com autoridades governamentais de topo o papel potencial que a China poderá desempenhar na promoção do desenvolvimento sanitário sustentável em África.

Avançar com a Agenda de Transformação

A implementação da Agenda de Transformação (AT) está a prosseguir a bom ritmo, com relevo para o reforço dos recursos humanos da OMS, a apresentação de resultados e a melhoria da responsabilidade e da transparência. O Escritório Regional tem avançado na esfera do realinhamento dos recursos humanos com as prioridades programáticas. Quatro dos cinco grupos orgânicos técnicos do Escritório Regional, incluindo as Equipas de Apoio Interpaíses (EAI), foram reajustados de acordo com novos organigramas. Está em curso um alinhamento semelhante para garantir que a afectação de pessoal a nível dos países tenha em consideração as necessidades prioritárias definidas pelos Estados-Membros e a vantagem competitiva da OMS.

Avançar com a Agenda de Transformação

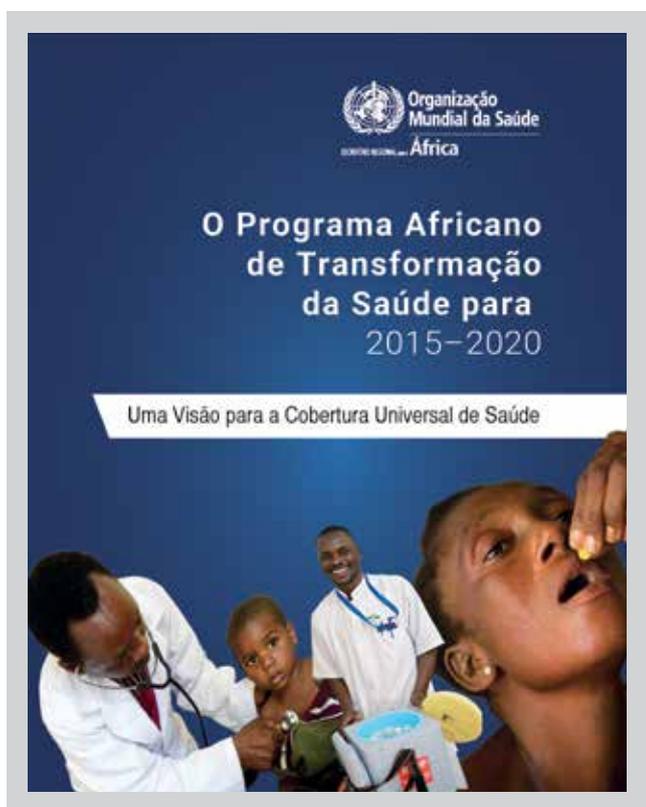
Foram adoptados melhores processos de recrutamento, usando abordagens normalizadas de avaliação, incluindo painéis de selecção, testes escritos, entrevistas, verificação de currículos e, quando necessário, recurso a agências de recrutamento. Espera-se com isto que seja possível garantir que o Secretariado recrute candidatos do mais alto calibre. Foi criado um programa de integração para.

O Escritório Regional tem feito progressos na implementação do Projecto de Reforço da Responsabilização e dos Controlos Internos (AICS), iniciado no começo de 2015. Os Indicadores Principais do Desempenho para as funções de gestão, tais como finanças e contabilidade, compras e recursos humanos são monitorizados em todas as Representações da OMS, sendo alvo de uma revisão trimestral para mostrar as principais tendências. Essas tendências indicam um bom desempenho nas áreas da gestão e segurança dos recursos humanos, e a necessidade de melhorias consideráveis nas áreas das compras, transportes e fornecimento de serviços tecnológicos de informação.

Para combater a cultura percepcionada de incumprimento, foi formalmente criada no Escritório Regional uma Comissão de Conformidade e Gestão dos Riscos, para garantir uma abordagem estratégica, transparente e eficaz à conformidade e à gestão dos riscos. Os mais importantes riscos identificados incluem a falta de financiamento sustentável, a fraca resposta às emergências/surtos, o uso inadequado da Cooperação Financeira Directa e a ineficácia das compras.

Para prestar apoio aos recém-nomeados chefes das Representações da OMS, são efectuadas revisões administrativas e programáticas conjuntas nos países num prazo de seis meses após a sua chegada, sempre que seja viável. Estas revisões destacam as áreas que precisam de ser melhoradas e documentam as melhores práticas a partilhar com as outras Representações da OMS. Para além disso, uma vez que muitos dos riscos identificados exigem medidas por parte dos Estados-Membros, a OMS elaborou um manual dirigido aos ministérios da saúde, para informar os seus funcionários administrativos e das finanças sobre as normas e os procedimentos da OMS.

Prosseguir o caminho

O Escritório Regional criou o Programa Africano de Transformação da Saúde, 2015 – 2020: Uma Visão para a Cobertura Universal de Saúde, que fornece o enquadramento para o trabalho futuro da OMS na Região. O seu objectivo é prestar apoio a todos os Estados-Membros para assegurar o acesso universal a um pacote básico de serviços essenciais de saúde, com um mínimo de entraves financeiros, geográficos e sociais para os utentes. A adopção dos ODS constitui uma oportunidade de fazer avançar este objectivo, uma vez que ele coloca a tónica no compromisso abrangente através de todos os sectores do desenvolvimento e níveis da sociedade, alargando a colaboração intersectorial, e visa fundamentalmente a equidade, pretendo chegar às populações mais remotas, para que ninguém fique "esquecido".

A implementação dos ODS irá depender de acções estratégicas chave dos Estados-Membros, incluindo: o compromisso político, demonstrado através do investimento de recursos internos, e direccionado para os resultados; a integração em planos nacionais de saúde e desenvolvimento; parcerias mais robustas e envolvimento de todos os sectores e estratos da sociedade; sistemas nacionais e subnacionais reforçados para monitorização; e mecanismos eficazes de responsabilização.

O Secretariado da OMS na Região Africana avançará com a implementação dos ODS, intensificando os seus esforços de advocacia junto dos governos; apoiará o planeamento sanitário, incluindo a tradução dos ODS relacionados com a saúde em objectivos nacionais pertinentes, através da revisão das políticas nacionais de saúde e dos planos estratégicos e de investimento; orientará a implementação através da cobertura universal de saúde (CUS), incluindo: uma melhor prestação de serviços, pelo reforço do pessoal de saúde e adopção de uma abordagem integrada aos serviços de saúde, centrada nas pessoas, com ênfase nos distritos de saúde funcionais e numa maior participação das comunidades; colaboração com os governos para optimização do uso dos recursos; promoção de parcerias; e reforço do tratamento da informação para a acção e a responsabilização.

A OMS na Região Africana está empenhada em trabalhar com os seus Estados-Membros e parceiros para alcançar a cobertura universal de saúde e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.Na área da segurança sanitária, a OMS está a iniciar importantes reformas que a tornem mais apta para enfrentar as ameaças para a saúde pública em todo o mundo.

Foi criado um novo Programa da OMS para as Emergências Sanitárias, o qual oferecerá uma única plataforma através dos três níveis da Organização para enfrentar os surtos de doenças e outras emergências sanitárias. O Secretariado da OMS na Região Africana terá capacidade para melhor apoiar os Estados-Membros na prevenção, detecção e resposta a emergências sanitárias, usando a "abordagem de todos os perigos".

Para ajudar a melhorar as capacidades nacionais de preparação e resposta, será apresentada à sexagésima sexta sessão do Comité Regional uma estratégia regional para a segurança sanitária e emergências. A estratégia dá ênfase à "abordagem de todos os perigos", que incorpora o planeamento para todos os potenciais perigos naturais e tecnológicos. A OMS prestará apoio aos Estados-Membros na implementação dessa estratégia, que especifica as intervenções prioritárias para reforçar e manter as suas capacidades de preparação, prevenção e detecção e confirmação oportunas de surtos epidémicos, e para responder e recuperar de surtos e de situações de emergência. Espera-se que os Estados-Membros afectem recursos domésticos para implementar intervenções prioritárias.

Espera-se que as mudanças fundamentais que estão a ser promovidas na cultura e nos sistemas organizativos através da Agenda de Transformação reforcem a OMS na Região Africana e lhe confiram a liderança, eficiência, transparência e capacidade de resposta de que ela necessita para fazer avançar uma nova agenda da saúde com vista à consecução da cobertura universal de saúde em África.

Dr.ª Matshidiso Moeti
Directora Regional da OMS para a África

OMS/M. Winkler

1. Introdução

O presente relatório – *Actividades da OMS na Região Africana, 2015 – 2016: Relatório Anual da Directora Regional* – cobre o período de Outubro de 2015 a Junho de 2016 e reflecte o trabalho realizado desde a apresentação do último relatório da Directora Regional ao Comité Regional.

O relatório sublinha os progressos realizados pelos Estados-Membros na melhoria dos resultados da saúde, com o apoio do Secretariado da OMS na Região Africana, que inclui as Representações da OMS e o Escritório Regional, e ainda as Equipas de Apoio Interpaíses. O apoio foi prestado através da divulgação de normas e padrões, prestação de assistência técnica para a elaboração/actualização das políticas, estratégias e planos nacionais para incrementar as intervenções de saúde com boa relação custo-eficácia, reforço das capacidades nacionais em termos de implementação e monitorização, e apoio para a mobilização de recursos e coordenação dos parceiros.

O relatório é apresentado de acordo com as seis categorias do 12.º PGT. Essas categorias são: i) doenças transmissíveis; ii) doenças não transmissíveis; iii) promoção da saúde ao longo da vida; iv) sistemas de saúde; v) preparação, vigilância e resposta; e vi) serviços gerais e funções facilitadoras.

Este relatório está organizado em sete capítulos, como se segue:

i) Introdução
ii) Contexto
iii) Execução dos Orçamentos-Programa da OMS 2014 – 2015 e 2016 – 2017
iv) Realizações significativas por categoria de actividade
v) Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité
vi) Desafios e obstáculos
vii) Conclusão

2. Contexto

OMS/C. Black

Durante o período em análise, a OMS desenvolveu as suas actividades num contexto complexo e multifacetado. A sua acção incluiu: a transição da resposta a surtos epidémicos para a criação de sistemas de saúde resilientes nos países mais afectados pela epidemia da doença por vírus Ébola (DVE); novos desafios de segurança e emergências sanitárias, incluindo doenças transmissíveis reemergentes e o fenómeno *El Niño* na África Austral e Oriental; transição dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS); o fardo crescente das doenças não transmissíveis; a queda mundial dos preços dos produtos, que afectou o financiamento governamental da saúde; e a implementação em curso da Agenda da Transformação na Região Africana.

O sucesso da interrupção da transmissão da DVE na Guiné, Libéria e Serra Leoa e a declaração da OMS de que o surto epidémico tinha deixado de constituir uma emergência de saúde pública de dimensão internacional, conduziram a esforços ainda maiores de reconstrução dos sistemas de saúde nesses três países mais afectados.

A OMS e os seus parceiros investiram recursos significativos para ajudar esses países a reverem os seus Planos Estratégicos Nacionais de Saúde, formar as capacidades da força de trabalho da saúde na área da preparação e resposta a epidemias, restabelecer serviços essenciais de saúde, tais como os serviços de saúde materna e infantil, e reforçar a prevenção e o controlo das infecções nas unidades de saúde.

OMS/S. Gborie

A contenção bem-sucedida de casos esporádicos de DVE que ocorreram nesses países depois do surto reflecte os enormes investimentos feitos por esses governos e parceiros no sentido da construção de sistemas de saúde resilientes.

Infelizmente, surgiram novos surtos epidémicos e emergências que exigiram uma acção e disponibilização imediata de recursos. A Região está a sofrer uma epidemia sem precedentes de febre-amarela em grandes zonas urbanas com baixa cobertura vacinal. A doença propagou-se rapidamente de Angola para a República Democrática do Congo (RDC), tendo o Quénia e a China também notificado casos importados.

O surto nestas grandes zonas urbanas exigiu uma acção urgente por parte dos países afectados e também pela OMS e os parceiros, nomeadamente: o destacamento de peritos técnicos, a mobilização de recursos e campanhas de vacinação em massa, incluindo a vacinação de quase seis milhões de pessoas. A natureza do surto evidenciou a necessidade de uma nova estratégia para a febre-amarela na Região. Em Outubro de 2015, doença por vírus Zika, ligada ao surto ocorrido na América Latina, surgiu na Região, nomeadamente em Cabo Verde e na Guiné-Bissau. A OMS trabalhou arduamente para envolver os governos e os parceiros nas áreas da preparação e resposta, incluindo a mobilização de recursos financeiros, e na elaboração de um quadro de avaliação dos riscos.

Houve também um surto de cólera que afectou milhares de pessoas na Tanzânia, Quénia e Etiópia. A OMS e os ministérios da saúde pertinentes enviaram equipas multidisciplinares de resposta rápida para trabalharem com os responsáveis regionais e distritais, com vista ao reforço da gestão do surto de cólera. A África Austral e Oriental estão a ser afectadas por um episódio muito forte do *El Niño* que tem provocado secas intensas, o que resultou em malnutrição grave, especialmente em crianças e nas populações deslocadas, tendo afectado a prestação de serviços de saúde. A OMS prestou apoio financeiro do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP) destinado à criação de centros de tratamento de emergência e ao fornecimento de produtos de saúde para tratar a cólera.

A escala e o esforço necessários para conter estas emergências galvanizaram a OMS para reconfigurar a sua resposta às emergências de saúde. Esta reforma culminou na criação do Programa de Emergências Sanitárias da OMS, em Janeiro de 2016, como programa único, com uma única força de trabalho, um único orçamento, um conjunto de regras e processos e uma cadeia de comando clara[1]. O novo Programa destina-se a abordar todos os perigos com flexibilidade, rapidez e segundo o princípio de "não arrependimento". No Escritório Regional da OMS para a África, o Grupo Orgânico de Segurança Sanitária e Emergências está a trabalhar para resolver a urgente necessidade de esforços mais intensos e mais integrados para a segurança e as emergências sanitárias na Região. O Grupo Orgânico trabalhará com uma rede de parceiros, peritos e instituições, para estimular uma melhor integração e eficácia da vigilância das doenças, alerta e reposta às epidemias e pandemias e gestão das crises e dos riscos de emergências.

OMS/L. Pezzoli

Este período marcou a transição da agenda dos ODM para o início das actividades dos ODS. Os Estados-Membros da Região Africana fizeram significativos investimentos e progressos para atingir os ODM, especificamente na consecução das metas da saúde infantil, paludismo e VIH. No entanto, no final de 2015, devido a alguns problemas, nenhum país tinha atingido plenamente todas as metas dos ODM relacionados com a saúde.

Em Setembro de 2015, Chefes de Estado e de Governo, reunidos na Sede das Nações Unidas, em Nova Iorque, aprovaram 17 ODS e 169 metas, para orientar o desenvolvimento mundial ao longo dos 15 anos que decorrerão até 2030.[2] O objectivo 3 dos ODS é relativo à saúde e pretende "assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades".

OMS/E. Aceng

Este objectivo tem uma agenda ambiciosa, ao mesmo tempo que a natureza transversal da saúde garante que outros objectivos também envolvem elementos da saúde. A Região está a envolver os Estados-Membros, através de várias parcerias, para se determinar a melhor forma de monitorizar a respectiva implementação, o que exige contributos de toda a sociedade para agir sobre os determinantes sociais e económicos da saúde.

O fardo de outras doenças transmissíveis, tais como o paludismo, as doenças tropicais negligenciadas (DTN), o VIH e a tuberculose continua a exercer o seu impacto na prestação de serviços de saúde a nível dos países, assim como sobre o apoio da OMS aos países. A OMS prevê, por exemplo, que serão necessários mais recursos para ajudar os países a implementarem a política recomendada de "Tratar todas as Pessoas", contemplada nas orientações revistas para o tratamento do VIH.

Entretanto, o fardo das doenças não transmissíveis (DNT) tem continuado a aumentar, o que se deve em parte à rapidez da urbanização e às mudanças nos estilos de vida. A OMS estima que o aumento das DNT na Região Africana, nos próximos dez anos, será quase o dobro do aumento nos países desenvolvidos,[3] podendo constituir a principal causa de incapacidade e morte prematura. É essencial que os países integrem a prevenção e o controlo das DNT em políticas pertinentes dos departamentos governamentais não relacionados com a saúde e promovam intervenções para reduzir os seus principais factores de risco.

O período em análise também assistiu a uma queda mundial significativa do preço do petróleo, metais e outros produtos, que afectou a capacidade de muitos Estados-Membros usarem os seus próprios recursos para implementarem alguns programas de saúde prioritários.

Em alguns casos, os governos tiveram de cortar nas dotações orçamentais para os sectores sociais, incluindo o da saúde. Os Estados-Membros terão de dedicar mais esforços à mobilização de recursos nacionais suplementares, para abordar as prioridades na área da saúde e melhorar os progressos para se atingirem as metas regionais e mundiais.

As reformas programáticas e de gestão implementadas durante o desenvolvimento do Orçamento-Programa para 2014 – 2015 constituem os alicerces do Orçamento-Programa deste biénio. No geral, o Orçamento-Programa global da OMS para 2016 – 2017 aumentou 236,6 milhões de dólares americanos, o que representa um aumento de 8% em relação ao biénio anterior para os programas de base. O orçamento aprovado para a Região Africana 2016 – 2017 aumentou 42,3 milhões de dólares (4%). A afectação para os países aumentou para os 80% em 2016 – 2017, como 20% afectados ao Escritório Regional, por comparação com os 75% e 25% de 2014 – 2015.

A OMS continua a aplicar a sua agenda de reformas para transformar a saúde em África, tendo a cobertura universal de saúde como seu objectivo geral. O trabalho sobre a Agenda da Transformação do Secretariado concentrou-se no reforço da responsabilização e da conformidade, realinhado as necessidades de pessoal com as prioridades regionais e melhorando as parcerias com outras partes interessadas na área da saúde. A OMS investiu tempo nesta mudança necessária que exigiu ajustamentos no pessoal a todos os níveis. A Agenda da Transformação tem contribuído, até agora, para um apoio mais focado nas actividades da OMS nos Estados-Membros e está a instituir uma cultura de transparência e responsabilização, à medida que a OMS procura cumprir os seus compromissos.

3. Execução dos Orçamentos-Programa da OMS 2014 – 2015 e 2016 – 2017

OMS

O período abrangido pelo relatório, Outubro de 2015 a Junho de 2016, incluiu o encerramento do Orçamento-Programa (OP) 2014 – 2015 e a abertura do OP 2016-2017. O Orçamento-Programa da OMS 2014 – 2015 para a Região Africana, aprovado inicialmente pela sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde, foi de 1 120 000 000 de dólares. Até a final de Dezembro de 2015, o OP aumentou para 1 804 428 000 dólares, No entanto, os fundos de facto recebidos para o biénio na Região foram de 1 602 862 000 dólares.

O aumento do financiamento foi devido na sua totalidade aos dois segmentos de emergência do orçamento da OMS: a Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite (GPEI) e o segmento de resposta a surtos e crises que, no seu conjunto, totalizavam uma dotação de 1 087 246 000 dólares, mas os fundos disponíveis foram de 932 579 000 dólares. O segmento-base do orçamento, excluindo a erradicação da poliomielite e a resposta a surtos e crises, recebeu uma dotação orçamental de 717 182 000 dólares e foi financiado até 670 283 000 dólares.

A avaliação do desempenho do Orçamento-Programa para 2014 – 2015 revelou uma taxa de execução global de 91% (Quadro 1). Tratou-se do primeiro exercício de final do biénio a ser executado ao abrigo do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho (2014 – 2019). Foi também a primeira avaliação da execução do Orçamento-Programa com base na nova cadeia de resultados, um dos principais produtos da reforma programática da OMS, que combina o relatório financeiro da OMS com a avaliação do desempenho da organização ao longo do biénio.

Quadro 1: Execução orçamental do OP 2014 – 2015 até 31 de Dezembro de 2015 (em milhares de dólares)

Categoria	Orçamento Aprovado pela AMS	OP Afectado	Total dos Fundos Disponíveis	% Financi-amento versus Orçamento Aprovado	Utilização do Orçamento	% da Utilização versus Orçamento Aprovado	% da Utilização versus Financia-mento
	(A)	(B)	(C)	(D=C/A)	(E)	(F=E/A)	(G=E/C)
Categoria Um Doenças transmissíveis	266 700	279 779	260 649	98%	233 344	87%	90%
Categoria Dois Doenças não Transmissíveis	56 500	57 587	50 043	89%	47 035	83%	94%
Categoria Três Promoção da saúde ao longo da vida	92 000	105 673	92 266	100%	84 003	91%	91%
Categoria Quatro Sistemas de saúde	71 300	84 170	79 686	112%	72 607	102%	91%
Categoria Cinco Preparação, vigilância e resposta	55 500	57 792	51 699	93%	49 702	90%	96%
Categoria Seis Serviços gerais e funções facilitadoras	130 500	132 181	135 946	104%	129 553	99%	95%
Total dos Programas Básicos	672 500	717 182	670 283	100%	616 244	92%	92%
Programas de emergência							
05 - (Poliomielite e OCR)	447 500	1 087 246	932 579	208%	847 660	189%	91%
Total Geral	**1 120 000**	**1 804 428**	**1 602 862**	**143%**	**1 463 904**	**131%**	**91%**

OMS/S. Hawkey

O Orçamento-Programa da OMS para 2016 – 2017 foi aprovado pela sexagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde, num total de 1 162 300 000 dólares afectado à Região Africana, o que representa 27% do orçamento mundial aprovado de 4 384 900 000 dólares. Em resultado das emergências em curso na Região, o orçamento total afectado à Região foi aumentado em 17%, passando o orçamento total afectado à Região para 1 355 325 525 dólares (Quadro 2).

A distribuição das dotações orçamentais pelas diversas categorias de trabalho é ainda irregular, com a maior fatia dedicada a programas de emergência (erradicação da poliomielite e resposta a surtos e crises), que receberam 45% (604 600 000 dólares) do orçamento Regional. Os restantes 55% (750 725 525 dólares) da dotação regional foram distribuídos pelas outras áreas programáticas de trabalho, com alguns programas prioritários a receberem um orçamento limitado.

Do orçamento total de 1 355 325 525 dólares afectado à Região, os fundos de facto disponíveis até finais de Junho de 2016 elevavam-se a 908 582 830 dólares, representando 67% da dotação orçamental.

Dos recursos disponíveis, os programas de emergência dispõem até ao momento de 434 944 777 dólares, o que representa cerca de 48%, altamente especificados, enquanto o saldo é distribuído entre outros programas. Até 30 Junho de 2016, tinham sido utilizados 383 309 014 dólares, representando uma taxa de execução de 42% (Quadro 2). Entre as categorias de trabalho técnicas, a execução oscila entre 31% para a Categoria Dois (doenças não transmissíveis) e 52% para programas de emergência. Na globalidade, a execução decorre como previsto.

O orçamento para toda a Região continuará a ser financiado através de uma combinação de contribuições fixas dos Estados-Membros e de contribuições voluntárias de actores públicos e privados. O Secretariado prosseguirá o seu envolvimento no diálogo para o financiamento, pois ele é fundamental para a coordenação da mobilização de recursos, na via de um melhor alinhamento do financiamento, transparência e claro entendimento das necessidades de financiamento da OMS, a longo prazo, para uma eficaz implementação das suas estratégias.

Quadro 2: Execução orçamental do OP 2016 – 2017 até 30 de Junho de 2016 (em milhares de dólares)

Categoria	Orçamento Aprovado pela AMS	OP Afectado	Total dos Fundos Disponíveis	% do Financiamento versus Orçamento Aprovado	Utilização do Orçamento	% da Utilização versus Orçamento Aprovado	% Execução versus Financiamento
	(A)	(B)	(C)	(D=C/A)	(E)	(F=E/A)	(G=E/C)
Categoria Um Doenças transmissíveis	284 000	245 610	130 866	46%	45 061	16%	34%
Categoria Dois Doenças não Transmissíveis	61 800	56 240	19 413	31%	6032	10%	31%
Categoria Três Promoção da saúde ao longo da vida	105 200	97 310	61 672	59%	28 646	27%	46%
Categoria Quatro Sistemas de saúde	89 000	96 890	61 144	69%	19 440	22%	32%
Categoria Cinco Preparação, vigilância e resposta	64 300	94 260	51 086	79%	25 050	39%	49%
Categoria Seis Serviços gerais e funções facilitadoras	146 400	160 416	149 458	102%	35 072	24%	23%
Total dos Programas Básicos	750 700	750 726	473 638	63%	159 301	21%	34%
Programas de emergência							
05 - (Poliomielite e OCR)	411 600	604 600	434 945	106%	224 008	54%	52%
Total Geral	**1 162 300**	**1 355 326**	**908 583**	**78%**	**383 309**	**33%**	**42%**

4. Realizações significativas por categoria de trabalho

OMS/E. Kabambi Kabangu

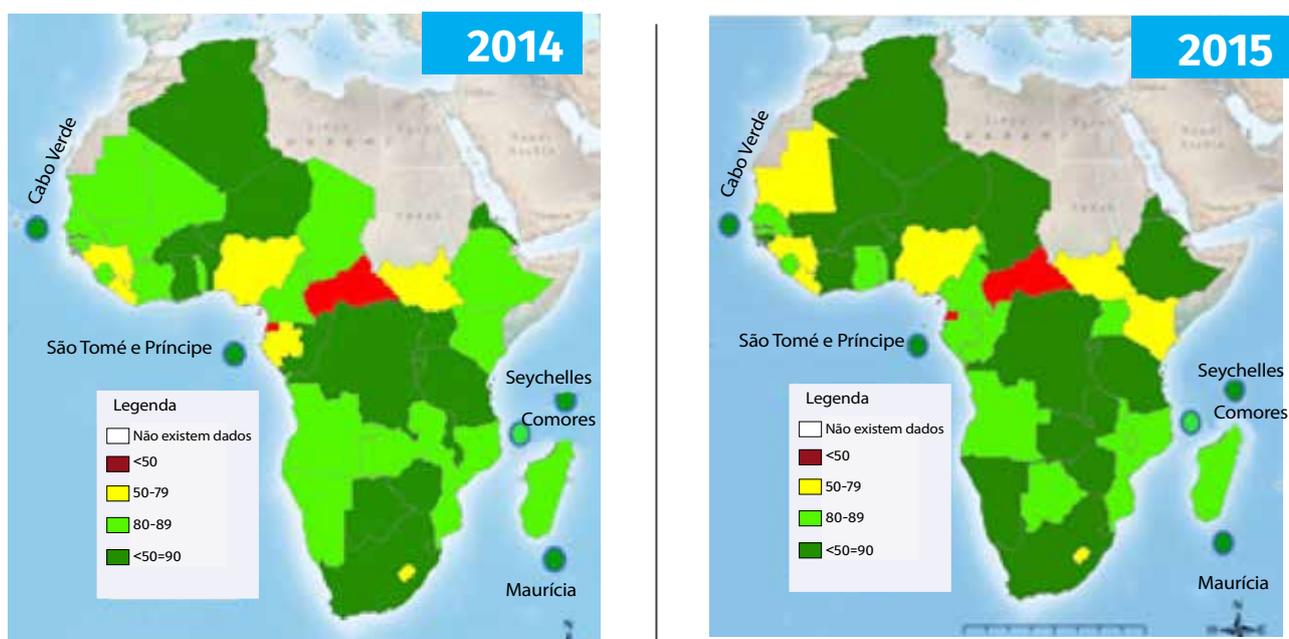
4.1 Categoria 1: Doenças Transmissíveis

A OMS apoiou os Estados-Membros na redução do fardo das doenças transmissíveis, incluindo doenças evitáveis pela vacinação, VIH/SIDA, tuberculose, paludismo e doenças tropicais negligenciadas. O apoio da OMS e seus parceiros permitiu que os Estados-Membros implementassem actividades que aumentaram e sustentaram a cobertura de intervenções comprovadas, as quais resultaram na redução do fardo das doenças transmissíveis.

Para promover a vacinação como uma intervenção salvadora de vidas, a OMS, em conjunto com a União Africana e o Governo da Etiópia organizou a primeira conferência ministerial sobre vacinação na Região. Quarenta e seis países aprovaram uma declaração sobre *Acesso Universal à Vacinação como Pedra Basilar da Saúde e do Desenvolvimento em África*, reafirmando deste modo o lugar da vacinação no topo da agenda do desenvolvimento sanitário. Quarenta e quatro Estados-Membros aproveitaram a 5.ª Semana Africana da Vacinação (SAV), em Abril de 2016, para exercer advocacia a favor do aumento da procura por vacinação e intensificar as campanhas.

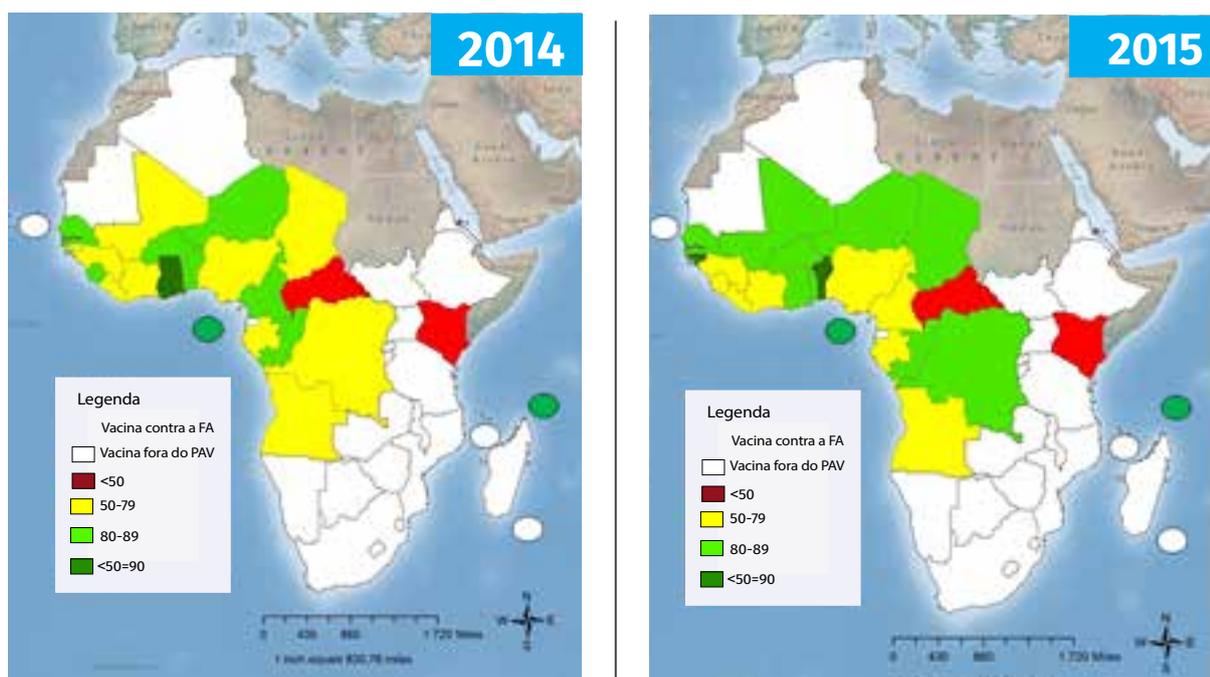
Todos os 47 países da Região Africana efectuaram, com sucesso, a transição do uso da Vacina Oral da Poliomielite trivalente (VOPt) (contra os tipos 1, 2 e 3 de poliovírus) para a VOP bivalente (contra os tipos 1 e 3 de poliovírus) nos seus calendários de vacinação de rotina, eliminando o risco de paralisia devida ao poliovírus tipo 2 derivado da vacina.

Antes da mudança, a vacina inactivada da poliomielite (VIP) foi introduzida por 21 países,[4] para reforçar a imunidade da população contra os três tipos de poliovírus. Com o apoio da OMS e dos seus parceiros, seis países[5] conseguiram aumentar a sua cobertura da vacina contra a difteria-tétano-tosse convulsa (DTP3), entre 2014 e 2015, em, pelo menos, sete pontos percentuais, incluindo dois dos países prioritários, que criaram planos de melhoria, nomeadamente a Etiópia e o Chade. A cobertura na Etiópia aumentou de 87% para 96%, enquanto o Chade melhorou de 83% para 92%. Dois outros países com planos de melhoria (Nigéria e RDC) reportaram aumentos menores de cobertura. Sudão do Sul registou uma diminuição da cobertura, de 58% para 50%, ao longo do mesmo período, devido aos múltiplos desafios que o país enfrenta. A Figura 4.1.1 mostra a cobertura da DPT3 em 2014 e 2015, em que 22 países em 2014 e 24 em 2015 tiveram uma cobertura acima dos 90%. Entretanto, até Junho de 2016, a segunda dose da vacina do sarampo e a vacina da rubéola foram introduzidas nos programas de vacinação de rotina, respectivamente, em 24[6] países e em 10 países.[7]

Figura 4.1.1: Cobertura vacinal com três doses da vacina da difteria-tétano-tosse convulsa (DTP3) nos países da Região Africana da OMS, 2014 - 2015

Fonte: Cobertura nacional oficial notificada pelos Estados-Membros no formulário conjunto de notificação 2015 (JRF)

Os Estados-Membros estão a aumentar a introdução de novas vacinas nos seus programas de vacinação. Até finais de Junho de 2016, a Eritreia, Lesoto e Maurícia tinham introduzido a vacina pneumocócica conjugada (VPC), elevando assim para 38 o número total de países[8] que usam esta vacina nos seus programas PAV de rotina. Outros sete países[9] introduziram vacinas do rotavírus, elevando para 31 o número de países[10] que usam estas vacinas na vacinação infantil de rotina, uma iniciativa que irá reduzir ainda mais o fardo das doenças evitáveis pela vacinação. Catorze países[11] estão agora a usar o sistema de vigilância-sentinela da OMS, para monitorizar o impacto e a eficácia das vacinas contra o rotavírus. Os resultados revelam uma redução de 45-65% nas hospitalizações por rotavírus, em grandes hospitais de referência do Gana, Ruanda e Togo.[12]

A vacinação contra a febre-amarela foi inicialmente introduzida no calendário de rotina do PAV na Região Africana, em 1979, no Burquina Faso e na Gâmbia. Desde então, outros 22 Estados-Membros[13] de alto risco introduziram a vacinação contra a febre-amarela nos seus programas PAV, tendo o último sido a Guiné-Bissau, em 2008. Destes, o Benim, Gâmbia, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Seychelles alcançaram a cobertura recomendada de 90%, a nível nacional. A Gâmbia, São Tomé e Príncipe e as Seychelles conseguiram manter uma cobertura nacional de, pelo menos, 90%, durante dois anos consecutivos (2014 e 2015), enquanto o Benim, Chade, República Democrática do Congo, Gabão, Guiné-Bissau e Mali aumentaram as suas coberturas em, pelo menos, 7 pontos, entre 2014 e 2015 (Figura 4.1.2). O actual surto de febre-amarela, que não tem precedente, apresenta um risco diferente para a segurança sanitária da Região, realçando a necessidade de os países de alto risco atingirem e manterem uma cobertura da vacina da febre-amarela de 90%, para minimizar os surtos da doença. Isto exigirá que seja assegurada a disponibilidade de vacinas ao nível das unidades de cuidados de saúde e um financiamento sustentável da vacinação.

Figura 4.1.2: Cobertura administrativa nacional da vacina da febre-amarela na Região Africana, 2014-2015

Fonte: Cobertura oficial JRF 2015, http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/reporting/en/

A despeito dos progressos realizados na redução da incidência e da mortalidade, a Região possui ainda um fardo muito elevado de doenças transmissíveis. Em finais de 2015, havia 25,6 milhões de pessoas seropositivas. Destas, 2,3 milhões são crianças com idade abaixo dos 15 anos, que representam quase 90% do fardo mundial do VIH/SIDA entre as crianças.[14] O VIH/SIDA e a TB têm uma ligação muito estreita.

OMS/J. Pudlowski

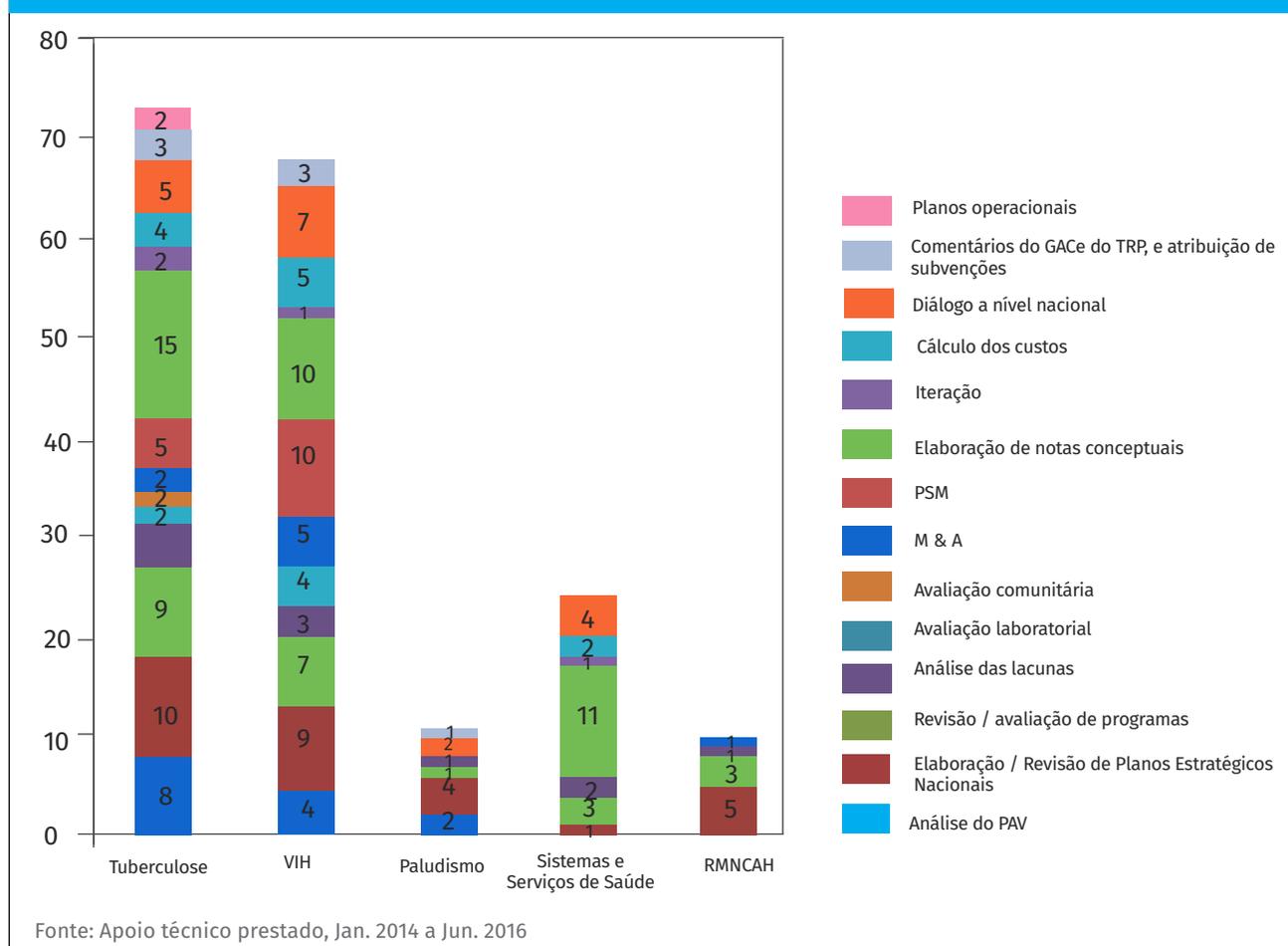
A Região tem a mais alta incidência, prevalência e mortalidade *per capita* por TB e representa 28% dos estimados 9,6 milhões de casos de tuberculose ocorridos em todo o mundo em 2014,[15] conta ainda com 74% dos estimados 1,2 milhões de doentes de TB seropositivos notificados em todo o mundo, em 2014. O paludismo continua a ser um importante problema de saúde e de desenvolvimento em África. Mais de 800 milhões de pessoas na Região estão em risco de contraírem paludismo, com 82% em alto risco de contraírem esta doença.[16]

Estima-se que 190 milhões de casos (89% do total mundial) e 400 000 mortes (91% do total mundial) ocorram na Região em 2015, contando a República Democrática do Congo e a Nigéria por si só com mais de 35% das mortes mundiais estimadas pelo paludismo.[17] A grande maioria destas mortes refere-se a crianças com menos de 5 anos.

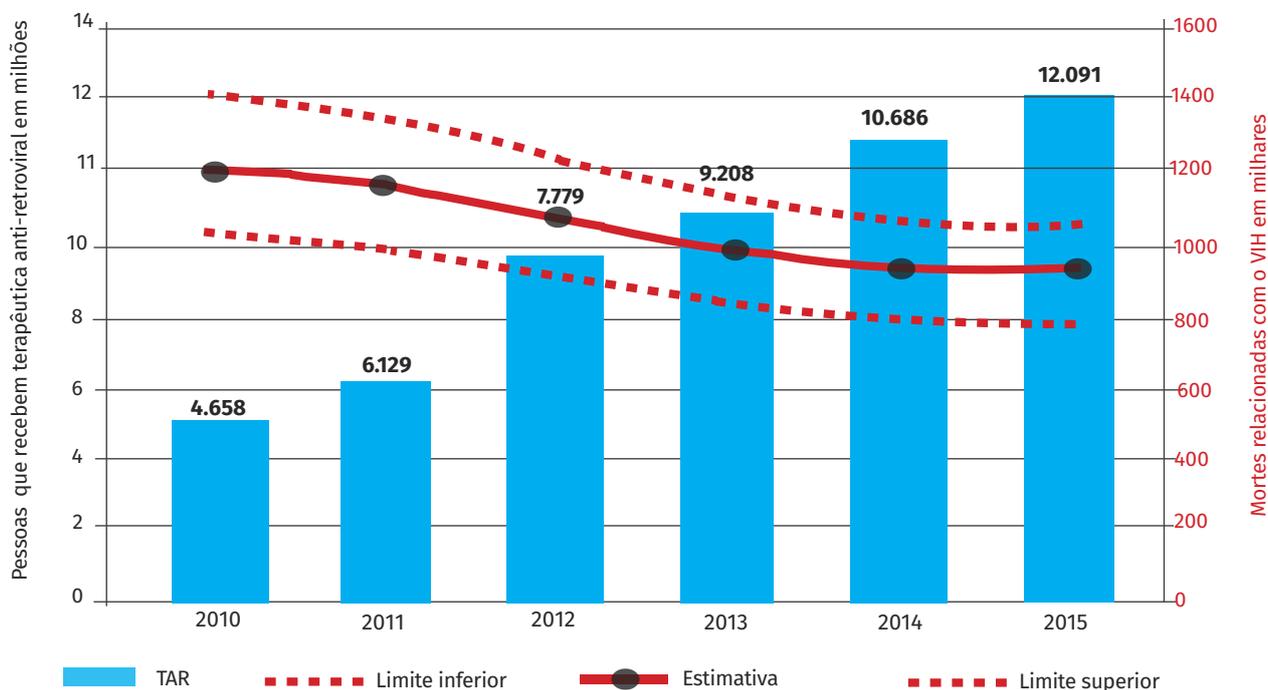
A OMS desenvolveu um extenso trabalho no combate a estas doenças transmissíveis. Através do acordo de cooperação da OMS/Fundo Mundial (FM) de Maio de 2014, o Escritório Regional respondeu a 62 pedidos de assistência técnica de 15 países,[18] entre Outubro de 2015 e Junho de 2016. Desde o início do acordo, foram mobilizados mais de 4 mil milhões de dólares em subsídios, com uma resposta cumulativa a mais de 180 pedidos de 39 países (Figura 4.1.3).

A Organização forneceu assistência técnica a várias componentes programáticas (análise epidemiológica, revisão programática, formulação de estratégias, análise das lacunas e elaboração de notas conceptuais, gestão de compras e abastecimento, monitorização e avaliação, e negociação de subvenções) para a TB, VIH, paludismo, reforço dos sistemas de saúde (HSS) e saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (RMNCAH). Através do acordo, e desde o seu início, o Escritório Regional mobilizou mais de 4 milhões de dólares, utilizados para dar apoio aos países, que resultaram na apresentação de cerca de 50 notas conceptuais (de um total de 97 notas conceptuais apresentadas na Região), com mais de 85% de aprovação do FM na sua primeira candidatura.

Figura 4.1.3: Apoio técnico prestado no âmbito da parceria OMS/FM: Jan. 2014 a Jun. 2016

Fonte: Apoio técnico prestado, Jan. 2014 a Jun. 2016

Para apoiar os países prioritários na implementação dos seus programas de TB, VIH, paludismo e sistemas de saúde, em Novembro de 2015, a OMS aderiu a uma plataforma de parcerias criada pelo FM, denominada Implementação Através de Parcerias (ITP). Trata-se de um quadro de parcerias temporárias para apoiar 20 países prioritários (18 na Região Africana)[19] na melhoria da implementação dos seus programas de TB, VIH, paludismo e HSS, através da coordenação dos parceiros. Os países foram identificados com base no facto de estarem na posse de grandes portfolios do FM, mas tendo uma taxa de absorção de fundos historicamente baixa. As acções prioritárias foram identificadas através de consultas e acordos com os parceiros para um apoio de elevado impacto. A OMS mobilizou 6,7 milhões de dólares do PEPFAR para apoiar os países na implementação das acções ITP acordadas.

Em resposta à pandemia do VIH/SIDA, e no âmbito da sua resposta multissectorial, todos os países intensificaram a implementação de intervenções de saúde para combater a epidemia, com o apoio da OMS e seus parceiros. Como resultado, o número de adultos e crianças com novas infecções de VIH na Região Africana diminuiu 19% nos últimos 5 anos, de 1,63 milhões para 1,37 milhões.[20] Prossegue o reforço do tratamento, com uma estimativa de 12,1 milhões de pessoas (43% dos quais são elegíveis) a receber terapêutica anti-retroviral (TAR), até final de 2015 (Figura 4.1.4). As mortes relacionadas com o VIH na Região Africana desceram para 800 000, em comparação com os mais de 1,5 milhões de pessoas que perderam a vida devido ao VIH em 2004, no pico dos óbitos provocados pela doença.[21]

Figura 4.1.4: Cobertura da terapêutica anti-retroviral e número de mortes relacionadas com a SIDA na Região Africana, 2010 - 2015

Fonte: GARPR 2016. ONUSIDA.

Em Dezembro de 2015, a OMS publicou as orientações consolidadas revistas para a prevenção, tratamento e cuidados ao VIH,[22] retirando todas as limitações à elegibilidade para a terapêutica anti-retroviral (TAR) entre as pessoas que vivem com o VIH. Estas novas orientações "Tratamento para Todas as Pessoas" mudam as regras do jogo: todas as pessoas que vivem com o VIH/SIDA são agora elegíveis para tratamento, independentemente da contagem das células CD4, idade ou sexo. O Escritório Regional organizou três seminários de divulgação para esclarecer os países a respeito destas orientações, tendo sido apoiados 31 países prioritários na criação de planos para prosseguirem a adopção e implementação das novas recomendações, com vista à consecução das metas 90-90-90.

Além disso, foram seleccionados 15 países onde será acelerado o reforço dos sistemas nacionais de informação estratégica sobre VIH/SIDA, dados de qualidade e oportunos para avaliar o desempenho ao longo da continuidade dos serviços prestados.[23]
Embora a incidência e mortalidade da TB continuem a descer, a prevalência global para a Região no último ano em apreço foi revista em alta, devido às conclusões do inquérito sobre prevalência na Nigéria (Figura 4.1.5). A OMS apoiou a elaboração de um protocolo de inquérito de prevalência da TB na África do Sul, Moçambique e Suazilândia e a implementação do inquérito em curso sobre a prevalência no Quénia.

A tuberculose multirresistente aos medicamentos (TB-MR) continua a ser um enorme desafio, com estimativas da OMS entre 32 000 e 49 000 de casos de tuberculose multirresistente a ocorrerem na Região em 2014.[24] Os países reforçaram a gestão programática da TB resistente aos medicamentos (PMDT), que resultou na detecção de 26 531 (83%) dos 32 000 casos estimados de TBMR entre os doentes notificados com TB, em 2014[24].

O Escritório Regional apoiou a PMDT, garantindo o acesso a medicamentos de qualidade, através da Comissão Regional da Luz Verde, uma comissão técnica nomeada pela Directora Regional, para dar apoio técnico ao tratamento da TB resistente aos medicamentos. O secretariado desta comissão está sediado no Escritório Regional. A OMS ajudou 10 países[25] a implementarem o regime de curta duração de tratamento da TB-MR, apoiado pela África do Sul na revisão das suas orientações para adoptarem o novo regime de curta duração de tratamento da TB-MR, e realizarem missões de apoio técnico à PMDT no Malawi, Lesoto, Suazilândia, Quénia, Ruanda e Sudão do Sul.

Para dar resposta às dificuldades no diagnóstico, foi criado e lançado o quadro regional de reforço da rede de diagnóstico da TB em África.[26] Em conjunto com os parceiros (USAID, CDC, FIND e SRL), a OMS efectuou uma avaliação conjunta da rede laboratorial da TB na Nigéria, que aprovou agora o teste de diagnóstico rápido como teste de primeira linha da TB para todo o país.

A OMS está também a facilitar as conversações com o Fundo Mundial para comprar laboratórios em contentores pré-fabricados com biossegurança adequada, para que o Congo, Chade e Gabão possam realizar culturas e testes de sensibilidade aos medicamentos da TB (TSM), melhorando deste modo o seu diagnóstico da TB. Globalmente, a capacidade dos TSM está aumentar regularmente (Figura 4.1.6). O Quénia, Namíbia, África do Sul e Uganda realizaram Vigilância da TB resistente aos Medicamentos (DRS) e a OMS está a apoiar a criação do protocolo da DRS na Côte d'Ivoire, Tanzânia, Burquina Faso e Gana. Os inquéritos terão início na segunda metade de 2016.

Em Maio de 2014, a sexagésima sétima Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma estratégia pós-2015 de prevenção, cuidados e controlo da TB, conhecida como "Pôr Fim à Tuberculose", com a finalidade de acabar com a epidemia mundial da TB. A Região desenvolveu um quadro de implementação da estratégia "Travar a Tuberculose", para acelerar a redução do fardo da TB.

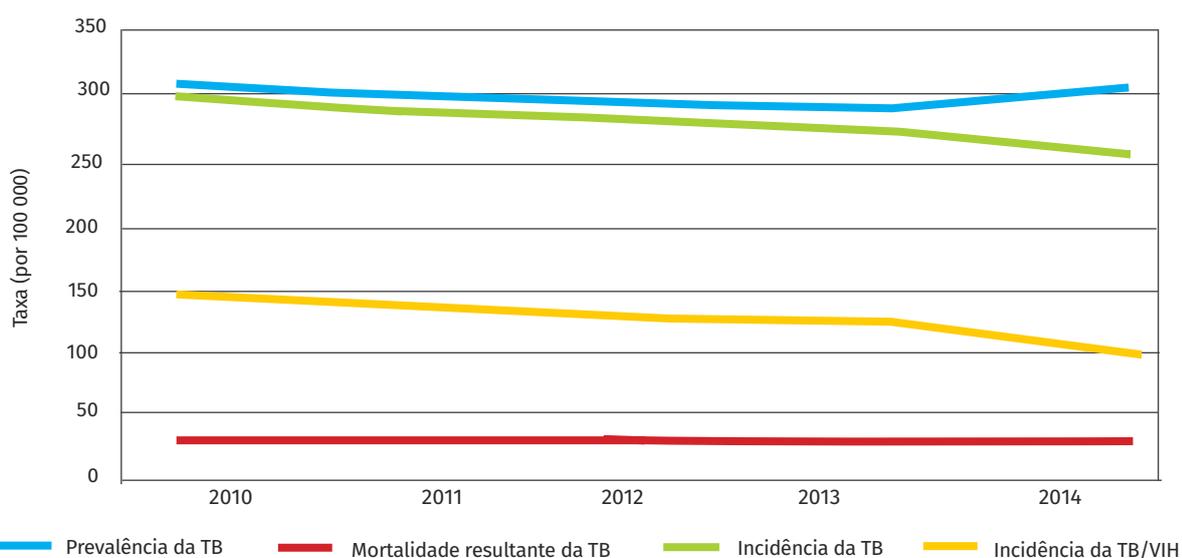
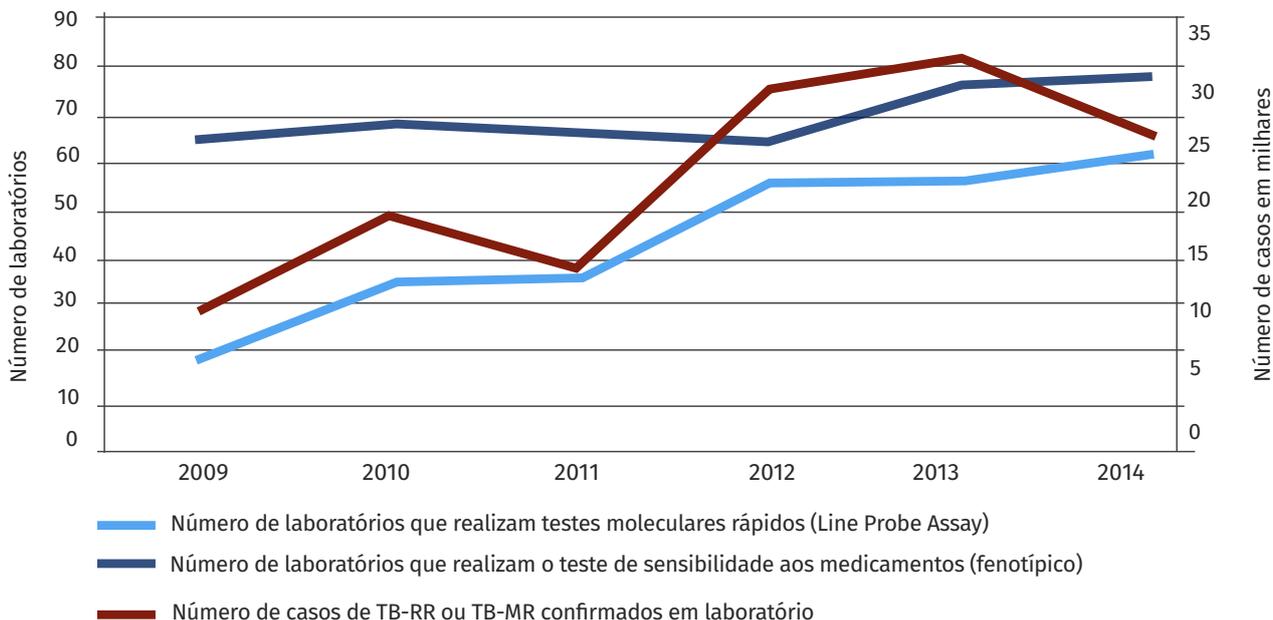
Figura 4.1.5: Tendências da Prevalência, Mortalidade e Incidência da TB na Região Africana: 2010 – 2014

Fonte: Relatório Mundial da Tuberculose 2015

Figura 4.1.6: Serviços laboratoriais para a tuberculose resistente aos medicamentos em África, 2009 – 2014

Fonte: OMS, Relatório Mundial da Tuberculose 2015: Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2015

Esta estratégia será apresentada à aprovação dos ministros da saúde na sexagésima sexta sessão do Comité Regional. A Região Africana fez progressos significativos na luta contra o paludismo. As taxas de incidência e de mortalidade da doença diminuíram, respectivamente, 42% e 66%, entre 2000 e 2015[27] (Figura 4.1.7), enquanto a prevalência da infecção nas crianças entre 2 e 10 anos de idade desceu mais de metade. Seis países[28] poderão eventualmente eliminar a transmissão local do paludismo até 2020.[29]

OMS/Maggie Hallaha

Estes progressos são resultado do uso alargado de serviços com boa relação custo-eficácia de prevenção e tratamento dos casos. Em 2015, cerca de 67% população total na Região tinha acesso a um mosquiteiro tratado com insecticida (MTI). A percentagem de crianças menores de 5 anos que dormem com um MTI aumentou de 2% em 2000, para 68% em 2015 (Figura 4.1.8), e estima-se que o número de crianças necessitadas que foram tratadas com uma terapêutica de associação medicamentosa tenha aumentado de menos

OMS/Maggie Hallaha

de 1% em 2005, para 16% em 2014.[30] Contudo, para muitos continua a ser difícil ter acesso ao tratamento.As populações continuam vulneráveis ao paludismo reemergente (por exemplo, em Angola, Burúndi, República Democrática do Congo, Namíbia e Uganda), e a resistência aos insecticidas são uma importante ameaça à eliminação do paludismo na Região. Há uma resistência generalizada do principal vector do paludismo, o *Anopheles gambiae s.l*, ao DDT e aos piretróides.

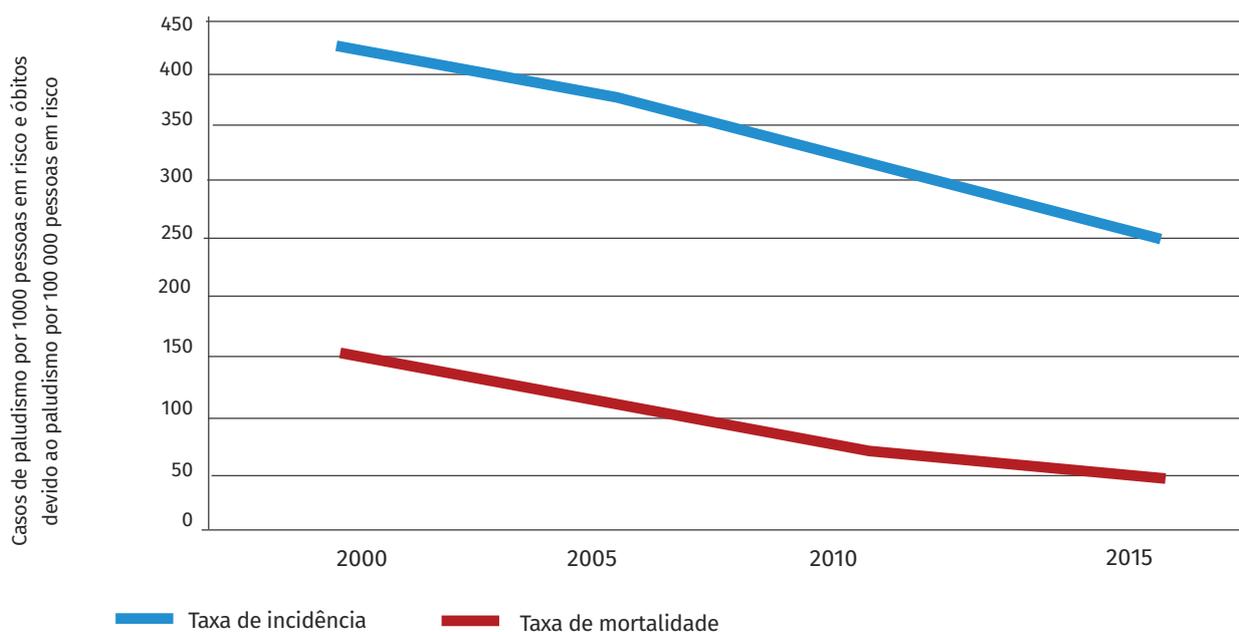
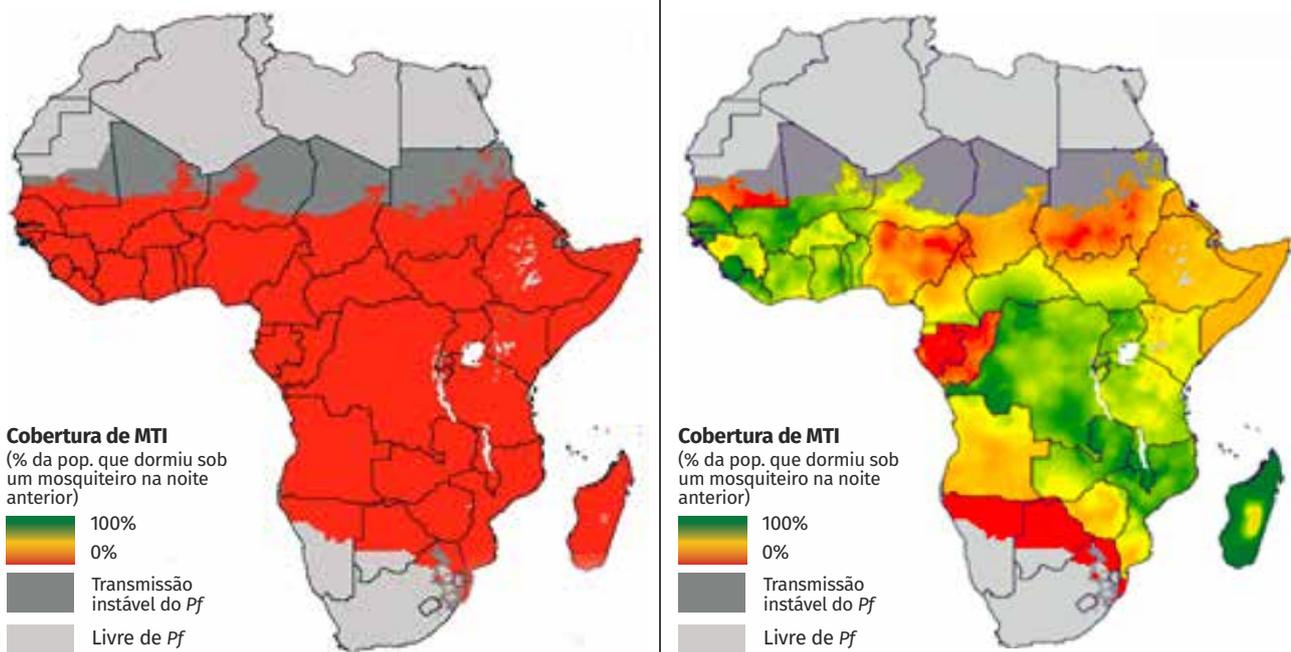
Figura 4.1.7: Estimativa da incidência e taxa de mortalidade do paludismo na Região Africana da OMS (2000 – 2015)

Fonte: Relatório sobre o Paludismo no Mundo 2015

Figura 4.1.8: Percentagem da população que dorme sob a protecção de um MTI na África Subsariana, 2000 – 2015

Fonte: Malaria Atlas Project, 2015

Com base em dados de 37 dos 43 países endémicos, 12 países[31] criaram planos de gestão da resistência aos insecticidas, para minimizar o problema e manter a eficácia do combate ao vector para o controlo e eliminação do paludismo.

A Estratégia Técnica Mundial (GTS) para o Paludismo (2016 – 2030)[32] orientará os países para um mundo livre desta doença. Para se prepararem para isso, 42 países da Região beneficiaram das actividades de formação de capacidades para gerar, tratar e usar dados factuais na tomada de decisões, usando a plataforma regional do Sistema de Informação Estratégica em tempo real (r-SIS). Os países e as instituições receberam formação na realização de estudos entomológicos, testes de eficácia terapêutica e geração de conhecimentos acerca dos padrões de transmissão do paludismo. A OMS apoiou 11 países[33] na reorientação dos seus programas de luta contra o paludismo com base em evidências recolhidas através da Revisão do Programa do Paludismo (MPR) e da Revisão Intermédia do Programa do Paludismo (MTR).

As doenças tropicais negligenciadas (DTN) constituem outra importante área nesta categoria de trabalho, continuando o reforço das principais intervenções a ser uma prioridade na redução do fardo das DTN na Região.

Para facilitar o início da administração em massa de medicamentos (AMM) de quimioterapia preventiva em 2016, dez outros países[34] foram totalmente mapeados entre Outubro de 2015 e Junho de 2016. No total, 41 países têm hoje mapas da ocorrência destas doenças, restando apenas seis países onde o mapeamento ainda está em curso.[35]

A OMS também apoiou países recentemente mapeados no início ou reforço da AMM para as DNT em distritos endémicos confirmados, elevando para 36 o número total de países que estão a implementar a AMM. Na sequência de inquéritos bem-sucedidos de avaliação da transmissão, o Togo e o Malawi interromperam a AMM para a filaríase linfática, enquanto dez outros países[36] interromperam a AMM em certos distritos.

A eliminação da filaríase linfática está em fase de verificação no Togo. A Região está a avançar no sentido da erradicação da dracunculose. A notificação de casos de dracunculose diminuiu de 126 em 2014 para 22 em 2015, nos restantes quatro países onde a doença é endémica – Chade (9 casos), Etiópia (3 casos), Mali (5 casos) e Sudão do Sul (5 casos) – onde a OMS está a prestar apoio para uma vigilância activa de base comunitária, notificação diária de rumores de casos suspeitos e contenção imediata dos casos. Estão em curso esforços para verificar a ausência da doença em Angola e RDC, enquanto o Quénia está em fase de pré-certificação da erradicação.

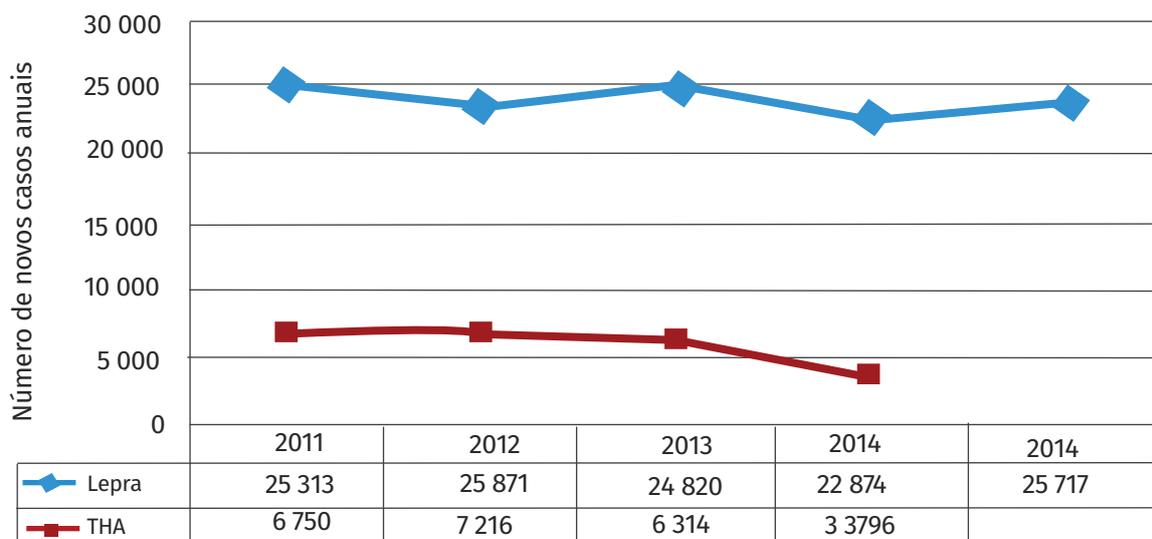
Foi mantida a eliminação da lepra e da tripanossomíase humana africana, respectivamente com menos de 24 000 e 4000 casos notificados, em 2015 (Figura 4.1.9). A OMS preparou e publicou a Estratégia Regional para a Gestão Integrada dos Casos de DTN e três documentos de orientação integrada sobre estas doenças, na primeira reunião conjunta de gestão de casos para Directores do Programa Nacional para as DTN e Grupo Regional de Revisão do Programa (RPRG), realizada em Junho de 2016, em Cotonou, no Benim.

Quarenta e cinco países estão a desenvolver ou já concluíram os seus planos directores para as DTN para 2016-2020. A Maurícia e as Seychelles têm lepra de baixa endemicidade e não precisam de elaborar um plano director para as DTN.

Na sequência de quatro reuniões do RPRG-DTN sobre quimioterapia preventiva e gestão de casos, foram validados os resultados do mapeamento das DTN-QP, tendo sido aprovados pacotes conjuntos de candidatura à obtenção de medicamentos, juntamente com relatórios e pedidos de elegibilidade para inquéritos de avaliação da transmissão (TAS) da filaríase linfática.

A OMS criou o Projecto Especial Alargado para a Eliminação das Doenças Tropicais Negligenciadas (ESPEN), na sequência do encerramento planeado do Programa Africano de Combate à Oncocercose (APOC), em Dezembro de 2015.

Figura 4.1.9: Tendências na detecção da lepra e da tripanossomíase humana africana durante os últimos 5 anos (2011 – 2015), com base em relatórios recebidos dos países endémicos

	2011	2012	2013	2014	2014
Lepra	25 313	25 871	24 820	22 874	25 717
THA	6 750	7 216	6 314	3 3796	

Fonte: Relatórios nacionais anuais sobre Lepra e THA

O ESPEN irá apoiar os países, à medida que forem fazendo o mapeamento do fardo das DTN-QP,[37] fornecerem o tratamento com rigor e eficácia, monitorizarem os progressos e assegurarem a certificação, quando eliminarem com êxito estas doenças no interior das suas fronteiras. Desde o seu início, em Janeiro de 2016, este Projecto tem assegurado o apoio técnico continuado aos países, através da coordenação e análise da apresentação de candidaturas à obtenção de medicamentos, em preparação para a AMM,[38] e inquéritos de impacto, incluindo TAS, que permitem tomar decisões sobre em que altura terminar com a AMM para a filaríase linfática.[39]

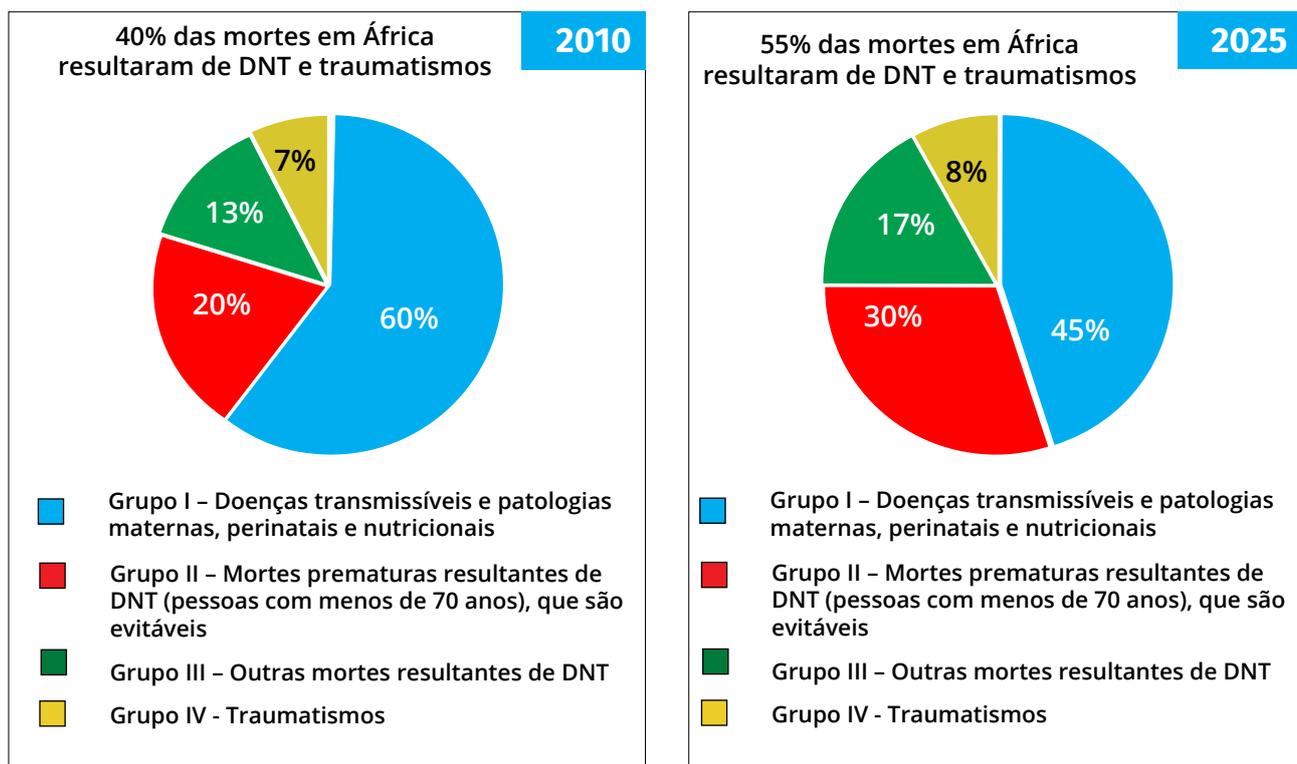
As actividades incluíram uma análise das lacunas da situação das DTN nos países, a criação de planos de apoio técnico, uma base de dados, um portal das DTN e mobilização de recursos. A primeira reunião do comité director foi realizada entre 18 e 22 de Abril de 2016, em Acra, no Gana. O ESPEN foi oficialmente lançado durante a 69.ª sessão da Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra.

(Da direita para a esquerda) Dr.ª Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África, Prof. Isaac Adewole, Ministro da Saúde da Nigéria e Dr.ª Margaret Chan, Directora-Geral da OMS, no lançamento do ESPEN, em Genebra.

4.2 Categoria 2: Doenças não transmissíveis

O trabalho da OMS nesta categoria visa reduzir o fardo das doenças não transmissíveis (DNT) e seus factores de risco. Estas doenças incluem doenças cardíacas, cancros, doenças pulmonares, diabetes, perturbações mentais e doenças buco-dentárias, bem como incapacidades, violência e traumatismos. Para tal, a OMS concentra-se na promoção da saúde e na redução dos riscos, na prevenção e no tratamento, e na monitorização das DNT e seus factores de risco, como o tabagismo, o uso nocivo do álcool, a alimentação desequilibrada e a inactividade física.

Em muitos países em desenvolvimento, as DNT, como as doenças cardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias crónicas, são as principais causas de morte. Em 2010, 40% das mortes na Região Africana foram causadas por DNT e traumatismos. As projecções apontam para que, em 2025, mais de metade de todas as mortes (55%) na Região sejam atribuíveis às DNT e traumatismos (Figura 4.2.1).[40] Para além das principais DNT, a Região Africana enfrenta um fardo elevado de drepanocitose e de doenças buco-dentárias, oftálmicas e auditivas.

Figura 4.2.1: Projecção do número de mortes por DNT na Região Africana até 2025

Fonte: Relatório da OMS sobre a situação mundial das DNT, 2010

A OMS realizou o inquérito de 2015 sobre as capacidades dos países em termos de DNT (ICP DNT) entre Agosto e Outubro de 2015 para medir a capacidade dos Estados-Membros para darem resposta à carga das DNT. No total, 35 países[41] concluíram e enviaram o questionário. Os resultados preliminares mostram que apenas 17% dos países têm estruturas para supervisionar políticas, estratégias ou acções nacionais para as DNT em todos os sectores governamentais e não-governamentais. Um terço dos países tem um plano de DNT multissectorial e integrado que cobre os quatro principais factores de risco e as quatro doenças principais, enquanto metade dos países indicaram dispor de um registo oncológico com base na população. Estes resultados nortearão os Estados-Membros e a OMS quanto às medidas a tomar no futuro e em termos do apoio técnico necessário para controlar as DNT em toda a Região. O relatório mundial do ICP será divulgado em Setembro de 2016.

Para ajudar os países a alcançarem as metas mundiais para as DNT estipuladas no Plano Mundial de Acção da OMS para as DNT 2013 – 2020,[42] a OMS prestou apoio técnico a oito Estados-Membros[43] com vista à elaboração de planos estratégicos nacionais multissectoriais sobre DNT. Além disso, a Organização apoiou a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) a elaborar um Plano Estratégico sub-regional sobre DNT para ajudar os Estados-Membros dessa sub-região a implementarem o Plano Mundial de Acção.

Em harmonia com a Declaração Política da ONU sobre as DNT, 23 dos 47 Estados-Membros[44] da Região Africana têm actualmente planos de acção multissectoriais para as DNT. A OMS liderou o Grupo de Trabalho Interagências das Nações Unidas (UNIATF) sobre as DNT para avaliar a capacidade da República Democrática do Congo em dar resposta à epidemia de DNT, e apoiar a elaboração do Plano de Acção Nacional Multissectorial sobre as DNT.
A OMS reforçou a capacidade dos Estados-Membros para a elaboração e implementação de políticas e estratégias sobre a prevenção e o combate às DNT organizando um seminário regional no Togo, em Outubro de 2015, dirigido aos Directores de Programas Nacionais e pontos focais para as DNT das Representações da OMS nos países francófonos. Este seminário teve lugar na sequência de um outro realizado na Etiópia, em Julho de 2015, dirigido aos países anglófonos. Os directores dos programas reviram os progressos registados nos seus planos nacionais e multissectoriais de acção para as DNT e chegaram a acordo para acelerar a sua implementação, de modo a cumprirem-se os compromissos regionais e mundiais assumidos em relação às DNT.

OMS/J. Pudlowski

Mais de 60% dos novos casos de cancro em todo o mundo ocorrem em África, na Ásia e na América Central e do Sul, sendo que estas regiões representam 70% das mortes causadas pelo cancro a nível mundial.[46] O cancro do colo de útero é a causa principal das mortes relacionadas com o cancro entre as mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, sendo um dos cancros mais frequentes entre todas as mulheres em África.[47] Cerca de um terço das mortes por cancro são devidas a cinco principais riscos comportamentais e alimentares: índice elevado de massa corporal, baixo consumo de frutas e legumes, falta de actividade física, tabagismo e consumo de álcool. Em África, as infecções virais que causam o cancro, como os vírus da hepatite B e C e o vírus do papiloma humano estão na origem de mais de 30% das mortes por cancro. Muitos países da África Subsariana não têm infra-estruturas e pessoal formado necessário para prestar serviços efectivos de prevenção, detecção precoce ou tratamento adequado do cancro.

Para melhorar a prevenção e o controlo do cancro, a OMS apoiou o Chade, o Malawi, a Mauritânia e a Zâmbia na elaboração de planos de acção para a prevenção do cancro, e deu assistência à Nigéria e à Zâmbia na elaboração de planos para o cancro do colo do útero. Com o apoio do Centro de Prevenção e Controlo de Doenças e da Fundação Bill e Melinda Gates, a OMS desenvolveu ferramentas de formação para a planificação estratégica, sensibilização, informação, educação e comunicação (IEC), rastreio utilizando a inspecção visual e o tratamento de lesões pré-cancerosas para a prevenção e o controlo do cancro do colo do útero. As ferramentas foram utilizadas para a formação de formadores no Malawi, na Zâmbia e na Nigéria. No Malawi, foi elaborado um manual de formação nacional sobre o rastreio do cancro do colo do útero utilizando a inspecção visual com ácido acético e o tratamento de lesões pré-cancerosas com crioterapia, enquanto outros 21 países[48] receberam formação em registo oncológico do cancro. O apoio prestado contribuirá para reforçar os serviços para o cancro do colo do útero, os registos oncológicos, melhorar a vigilância nacional e produzir evidências sobre a prevalência e a incidência do cancro nos países. As evidências também servirão de base para a programação da prevenção e do controlo do cancro.

A OMS desenvolveu um Pacote de Intervenções Essenciais para as Doenças Não Transmissíveis (WHO PEN),[49] para os cuidados primários de saúde nas localidades de baixos recursos. Juntamente com a Aliança de Gestão Integrada das Doenças de Adolescentes e Adultos (Aliança IMAI), a OMS adaptou e integrou as ferramentas do WHO PEN no módulo sobre as directivas da IMAI para as doenças graves e crónicas, que foi posteriormente testado no terreno em Masaka, no Uganda, em Dezembro de 2015, e prevê-se que seja igualmente testado na Etiópia antes do final de 2016. O módulo adaptado IMAI-WHO PEN permitirá aos Estados-Membros aumentar a utilização das ferramentas WHO PEN.

A OMS continua a reforçar as capacidades dos Estados-Membros na implementação de planos de acção para a saúde mental. A Organização apoiou o Quénia a formulare a lançar a sua Política de Saúde Mental para 2015 – 2030 e ajudou o Ruanda a elaborar uma política e um plano estratégico de saúde mental para 2016 – 2023, enquanto o Botsuana, o Lesoto, a Namíbia, a Suazilândia e a Tanzânia receberam apoio para integrar a saúde mental nos seus planos de DNT.

A OMS elaborou e distribuiu um manual intitulado *Promover a saúde buco-dentária em África – Prevenção e tratamento de doenças buco-dentárias e do noma como intervenções essenciais contra as doenças não transmissíveis*.[50] O manual dá orientações aos Estados-Membros sobre a forma de melhorar a saúde buco-dentária, especialmente nos centros de prestação de cuidados primários de saúde, nas escolas e nas comunidades.

O Ministro da Saúde Pública do Níger, Sr. Kalla Moutari, no lançamento do manual para a saúde buco-dentária em Niamey, em Maio de 2016

O manual descreve formas sustentáveis e económicas de reduzir os encargos com as doenças buco-dentárias e outras DNT e propõe um pacote básico de cuidados buco-dentários. O lançamento do manual foi feito pelo Ministro da Saúde Pública do Níger, o Sr. Kalla Moutari, em Maio de 2016, numa cerimónia em que participaram embaixadores, chefes das agências das Nações Unidas, directores do Ministério da Saúde, representantes de ONG, membros da Ordem Nacional dos Cirurgiões Dentistas do Níger e coordenadores nacionais de saúde buco-dentária de 11 países das sub-regiões da África Ocidental e Central.

O Noma é uma doença necrotizante que destrói os tecidos da boca e da face e que afecta principalmente as crianças malnutridas com menos de 6 anos de idade e que vivem na pobreza extrema, sendo uma doença de importância para a saúde pública em vários Estados-Membros.

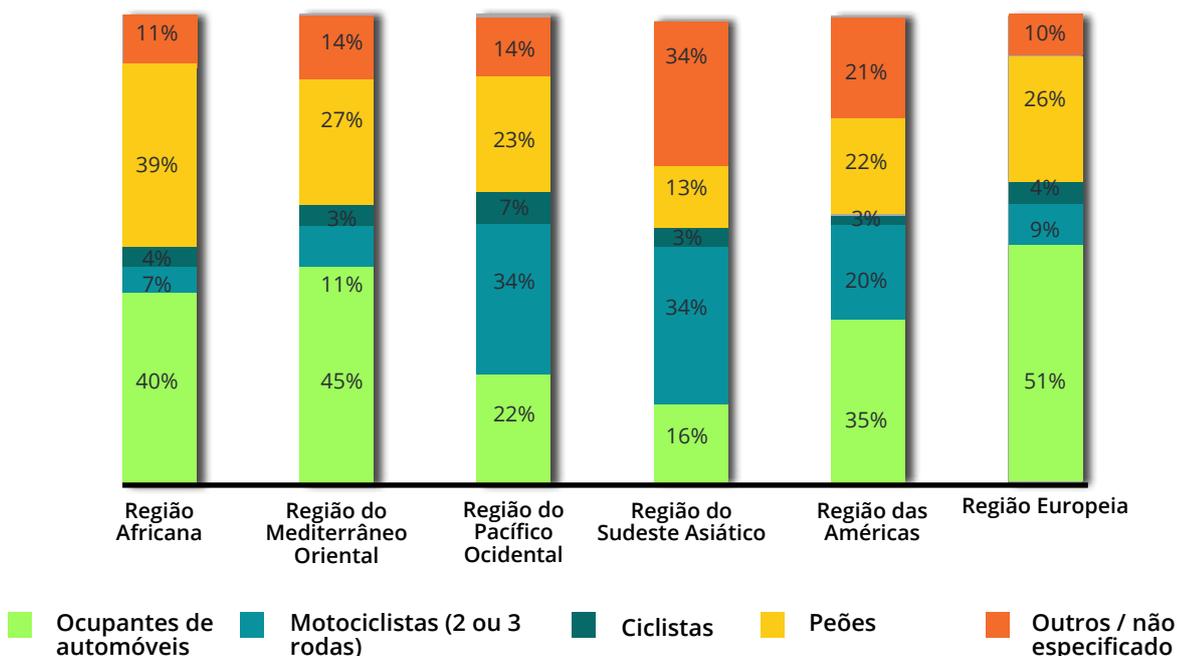
No âmbito do quadro do programa regional de luta contra o noma, a OMS continua a apoiar os esforços nacionais nas áreas de advocacia, mobilização social, produção de literatura de IEC, manuais de formação formação de formadores e agentes sanitários, e tratamento da doença. No período em revista, a OMS apoiou oito países[51] a implementarem os seus planos de acção nacionais trienais sobre a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento do noma.

Todos os dias, 650 pessoas morrem nas estradas de África.[52] Com uma taxa de sinistralidade rodoviária de 26,6 por 100 000 habitantes, a Região Africana tem a taxa mais elevada comparada com a taxa mundial de 17,4 por 100 000 habitantes, apesar de ser a Região com menos transportes motorizados. Metade de todas as mortes na Região ocorre entre pessoas com menos protecção – motociclistas, peões e ciclistas – e a Região responde também pela taxa mais elevada

de mortes relacionadas com peões, que ascende aos 39% (Figura 4.2.2). A OMS apoiou a recolha de dados sobre segurança rodoviária em 43 Estados-Membros com o objectivo de identificar as lacunas existentes, incentivar acções de segurança rodoviária e monitorizar os progressos na implementação de medidas identificadas no Plano Mundial de Acção.[53] Os dados contribuíram para o Relatório Mundial de 2015 sobre a Situação da Segurança Rodoviária,[54] publicado em 2016. O relatório sublinha a necessidade de medidas multissectoriais para tornar as estradas seguras, incluindo a aplicação de legislação sobre cintos de segurança, limites de velocidade, prevenção da condução sob o efeito do álcool, utilização de capacetes para motociclistas e dispositivos de retenção para crianças.

A despeito da Região Africana comportar um fardo elevado de malnutrição, as intervenções no domínio da nutrição são fragmentadas e a Região não tem sistemas de vigilância para monitorizar os esforços dos países para cumprir as metas mundiais assumidas em matéria de nutrição. Através de um projecto financiado pelo Canadá e que envolve 11 países,[55] o Escritório Regional está a pretas apoio técnico e a reforçar as capacidades de vigilância da nutrição, bem como a intensificar as intervenções de nutrição dirigidas a adolescentes, mães, lactentes e crianças pequenas. No total, 3646 responsáveis governamentais e profissionais de saúde foram formados na prestação de intervenções de nutrição na Etiópia, Tanzânia e Uganda, e 2774 foram formados na utilização de métodos e instrumentos de vigilância. A Côte d'Ivoire, a Serra Leoa e a Tanzânia iniciaram processos-piloto para o envolvimento da comunidade na prevenção da desnutrição crónica.

O uso e a exposição ao fumo do tabaco continuam a ser um dos principais factores de risco das DNT. O Escritório Regional intensificou o apoio aos países, e a Região Africana realizou progressos significativos na luta antitabágica.

Figura 4.2.2: Percentagem de mortes por acidentes rodoviários, por tipo de utente da estrada e por região, em 2015

Fonte: Segurança Rodoviária na Região Africana, 2015

A Gâmbia tornou-se no primeiro país a lançar orientações clínicas nacionais para a cessação tabágica, e o Botsuana introduziu uma taxa adicional sobre todos os produtos derivados do tabaco, outra medida pioneira na Região. O Burquina Faso, o Chade, o Gabão, o Quénia e o Uganda promulgaram leis e regulamentos que estão em conformidade com a Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabágica (WHO FCTC).[56]

O Burquina Faso, a Côte d'Ivoire e o Mali ratificaram o Protocolo para a Eliminação do Tráfico Ilícito de Produtos Derivados do Tabaco durante o período em apreço. Assim, dos 19 países a nível mundial que são Partes do Protocolo, cinco são agora países da Região Africana. Estas iniciativas apoiarão ainda mais a redução do tabagismo e da exposição ao fumo do tabaco na Região.

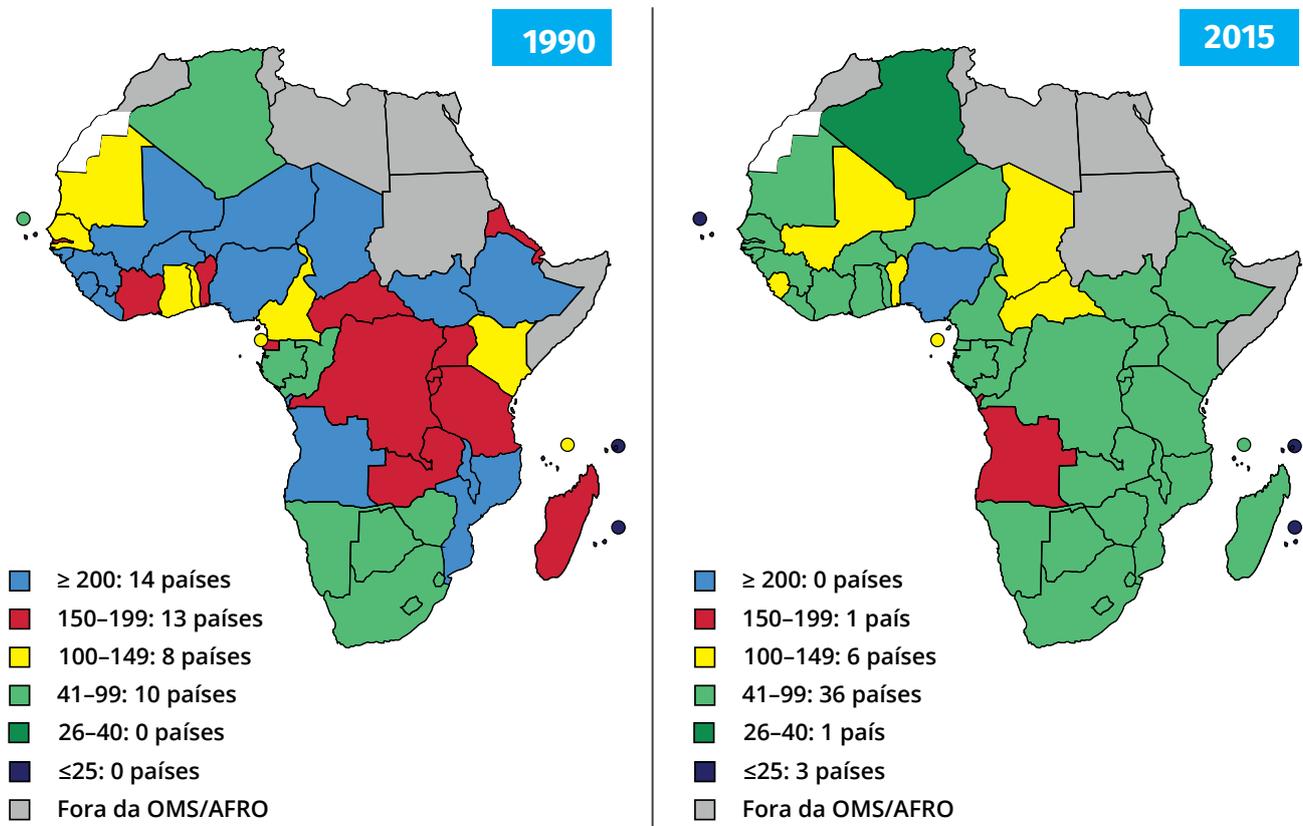
4.3 Categoria 3: Promoção da saúde ao longo da vida

OMS

A OMS fornece orientações e apoio aos Estados-Membros visando promover a boa saúde em fases importantes da vida, desde a concepção até à velhice. Isto leva em conta a necessidade de se abordar a equidade na saúde e os determinantes sociais e ambientais da saúde e os direitos humanos, incidindo na igualdade de género. A categoria inclui uma atenção específica à melhoria da saúde da mulher, da criança e do adolescente.

O período em apreço assistiu ao fim da era dos ODM (2000 – 2015) e ao início dos ODS (2016 – 2030). Não obstante muitos países terem ficado aquém das metas propostas pelos ODM, a Região registou, contudo, uma redução de 45% na mortalidade materna, uma diminuição de 38% na mortalidade neonatal e uma queda de 54% na mortalidade em menores de cinco anos.[57]

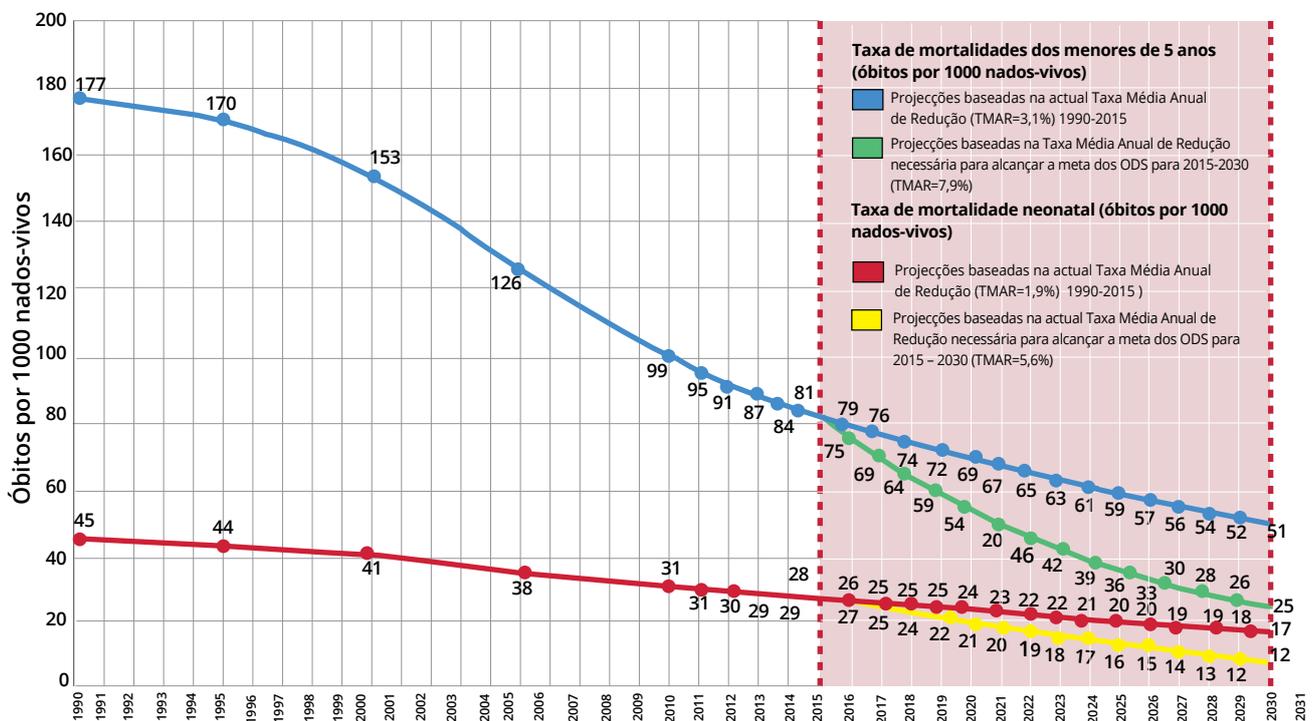
A despeito destes avanços, no fim de 2015, apenas 12 países[58] tinham alcançado a meta dos ODM sobre a redução da mortalidade infantil (Figura 4.3.1). Só Cabo Verde e Ruanda alcançaram a meta de redução da mortalidade materna, enquanto nenhum país cumpriu as metas relativas à saúde reprodutiva.

Figura 4.3.1: Mortalidade de menores de 5 anos na Região Africana da OMS, 1990-2015

Fonte: Grupo Interagências das Nações Unidas para a Mortalidade Infantil

A Estratégia Mundial 2016-2030 para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, lançada em Setembro de 2015, irá incidirnas três metas dos ODS para estes segmentos da população. A Estratégia propõe que nos próximos 15 anos, os países reduzam o rácio mundial de mortalidade materna para menos de 70 óbitos por 100 000 nados vivos. Espera-se que cada país reduza as taxas de mortalidade neonatal e dos menores de 5 anos para menos de 12 e 25 por 1000 nados-vivos, respectivamente.[59]

A Região precisará de reduzir sete vezes as taxas actuais para alcançar estas metas (Figura 4.3.2). Por conseguinte, a OMS está a apoiar os países no sentido de desenvolverem e implementarem estratégias nacionais que contribuam para a sobrevivência, o desenvolvimento e a transformação das vidas de mulheres, crianças e adolescentes na Região Africana. Para melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos na Região, a OMS está a apoiar os países a implementar as suas orientações sobre o tratamento de bebés doentes quando não for possível o encaminhamento.[60]

Em Novembro de 2015, a OMS reforçou as capacidades de 21 formadores principais para facilitar a implementação das directivas nos países. Estes formadores principais já estão a apoiar a implementação das orientações na Etiópia, na República Democrática do Congo e na Nigéria. Para promover a divulgação das directivas, a OMS organizou uma reunião de diálogo e disseminação de políticas à intenção de 10 Estados-Membros[61] em Adis Abeba, Etiópia, em Junho de 2016.

Figura 4.3.2: Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (óbitos por 1000 nados-vivos) vs. taxa de mortalidade neonatal (óbitos por 1000 nados-vivos), Região Africana, 1990-2015 com projecções até 2030

Fonte: Dados de 1990-2015 do Grupo Interagências das Nações Unidas para a Mortalidade Infantil (IGME), 2015. Dados 2016-2030 a partir das Projecções da OMS/AFRO com base na TMAR

Os parceiros que participaram na reunião (Fundação Bill e Melinda Gates, UNICEF, Save the Children, USAID e o Programa de Sobrevivência da Mãe e da Criança, financiado pela USAID) prometeram apoiar os países na implementação das orientações.

Relativamente à saúde infantil, a OMS apoiou o Senegal e o Togo na adaptação do Instrumento de Formação e Adaptação Computorizada da Atenção Integrada às Doenças da Infância (ICATT). Esta opção inovadora de reforço de capacidades para acelerar a AIDI está a ser utilizada actualmente em oito países.[62] Além disso, a Suazilândia, a Zâmbia e o Zimbabwe receberam apoio para reforçar as capacidades nacionais de aprendizagem à distância no local do trabalho, outro meio para acelerar a AIDI. Esta abordagem aumentará a cobertura da AIDI e contribuirá para melhorar a sobrevivência infantil na Região.

Os esforços para aumentar a gestão integrada e comunitária dos casos de doenças da infância (iCCM) estão ao aumentar. A OMS e o UNICEF realizaram um seminário em Nairobi, no Quénia, em Fevereiro de 2016, para informar 19 países sobre o plano de implementação da iCCM, que se espera seja utilizado para acelerar a implementação de intervenções de base comunitária. Os países fizeram uma avaliação pelos pares e actualizaram os seus planos, incluindo mecanismos para acelerar o uso das subvenções disponíveis. Além disso, para melhorar a identificação da tuberculose infantil na comunidade, foram reforçadas as capacidades da Etiópia, Malawi, Uganda e Zâmbia sobre uma nova directiva de iCCM que inclui a TB e o VIH. A implementação desta directiva aumentará o encaminhamento de crianças expostas à TB e ao VIH nos países com fardo elevado destas doenças.

OMS / A. Gumulira

A saúde dos adolescentes tem sido uma área negligenciada na Região. A OMS apoiou cinco países[63] a elaborar ou a rever os seus planos estratégicos nacionais para a saúde dos adolescentes. O Benim, o Burquina Faso, a República Democrática do Congo e o Níger elaboraram normas nacionais para serviços de saúde adequados aos adolescentes utilizando as normas mundiais recomendadas. Depois de implementadas, estas orientações e normas contribuirão para melhorar os programas da saúde dos adolescentes nesses países.

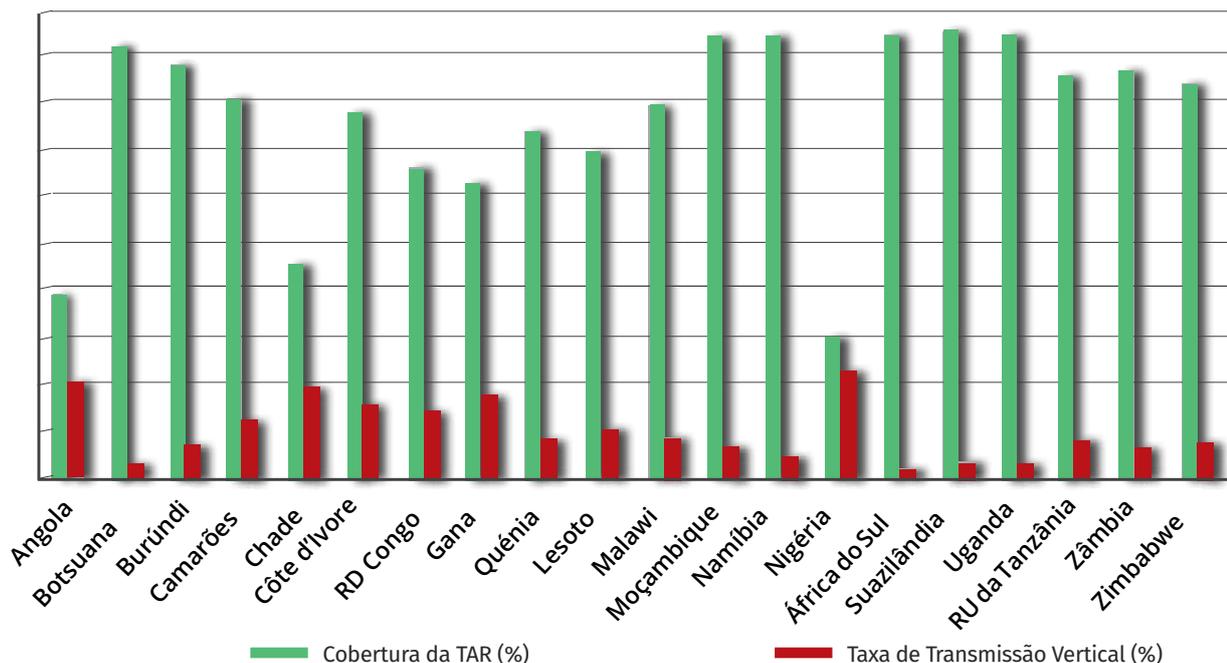
Para melhorar a saúde materna, a OMS e o FNUAP realizaram duas reuniões sub-regionais de reforço de capacidades destinadas a 22 países,[64] em Maio de 2016, para melhorar a vigilância e a resposta à mortalidade materna (VRMM). A VRMM visa identificar, notificar, avaliar e responder a todas as mortes maternas. As reuniões foram realizadas em Yamoussoukro, na Côte d'Ivoire, para 13 países francófonos[65] e em Joanesburgo, na África do Sul, para nove países anglófonos.[66] Os participantes recomendaram que a VRMM fosse integrada nos programas curriculares de formação de médicos e parteiras. Discutiram e concordaram igualmente em reforçar a articulação com o registo civil e as estatísticas vitais. Até agora, 33 países estão a notificar óbitos maternos através do boletim semanal da VRID.

Vinte e um países prioritários[67] registaram progressos na prevenção da transmissão vertical do VIH. Nestes países, a proporção de mulheres grávidas portadoras de VIH que receberam tratamento anti-retroviral mais que duplicou[68], passando de um valor basal de 36%, em 2009, para 80% em 2015. Sete países[69] na África Oriental e Austral conseguiram uma cobertura de TAR para mães seropositivas superior a 90% o que levou à redução da transmissão vertical do VIH para menos de 5% das mães lactantes (Figura 4.3.3). Estes países podem agora começar a ser avaliados e receber a certificação para o estatuto de pré-eliminação. A OMS prestará apoio por intermédio de um secretariado regional composto por representantes de múltiplas instituições, criado em Abril de 2016.

A OMS prestou apoiou a cinco Estados-Membros[70] para elaborarem e validarem estratégias e planos de saúde sexual e reprodutiva (SSR), incluindo o planeamento familiar.

Estas estratégias orientarão a prestação de serviços de SSR em todos os níveis de cuidados de saúde e servirão como documentos de políticas para se alcançar o acesso universal à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Através de uma subvenção da Fundação Bill e Melinda Gates, a OMS deu assistência a dez países[71] para reforçarem as capacidades e melhorarem a disponibilidade e a qualidade dos serviços de planeamento familiar.

Figura 4.3.3: Cobertura anti-retroviral e taxa de transmissão vertical do VIH em 21 países prioritários, 2015

Fonte: Actualização sobre a SIDA a nível mundial, ONUSIDA, Maio de 2016

Em termos de qualidade de cuidados, a OMS apoiou 10 Estados-Membros[72] na realização de uma avaliação dos serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente (RMNCAH) em hospitais, e cinco países[73] na realização de curtas avaliações de programas de RMNCAH. Os resultados identificaram lacunas que serviram de base à elaboração de planos nacionais do sector da saúde (PNSS) ou validação dos planos estratégicos revistos pós-2015, e a necessária mobilização de recursos. Para harmonizar as análises dos programas nos países, o Escritório Regional elaborou um guia de avaliação de programas destinado aos programas integrados de RMNCAH e nutrição. O projecto de manual está a ser testado no terreno em dois países, na Eritreia e no Sudão do Sul, que estão actualmente a proceder à revisão dos programas nacionais de RMNCAH.

Como medida de seguimento à resolução de 2013 sobre o Envelhecimento Saudável na Região Africana,[74] o Escritório Regional organizou uma consulta regional sobre "Saúde e Envelhecimento" em Setembro de 2015, em Brazzaville, no Congo. Esta serviu para informar a elaboração da Estratégia Mundial e Plano de Acção, adoptados em Maio de 2016 pela sexagésima nona Assembleia Mundial da Saúde, e ainda a elaboração de um documento técnico para a sexagésima sexta sessão do Comité Regional, intitulado "Acções Multissectoriais para uma Abordagem ao Longo da Vida em Matéria de Envelhecimento Saudável: Estratégia Mundial e Plano de Acção para o Envelhecimento e a Saúde - Quadro de Implementação na Região Africana".

OMS / L. Gore

O quadro regional de implementação proposto visa fornecer orientações programáticas e em matéria de políticas aos Estados-Membros para o período 2016 – 2020.

A OMS apoiou cinco países com o objectivo de alavancarem recursos destinados a intensificar as intervenções de RMNCAH na área da saúde do adolescente através de um cenário de investimento do Mecanismo Global de Financiamento (GFF).[75] O GFF visa aumentar os recursos externos e internos para implementar a Estratégia Mundial para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Tendo em conta a previsão de os países aumentarem os seus pedidos de assistência nesta área, a OMS reforçou as capacidades de 30 consultores e 11 funcionários da OMS para apoiar os países, se necessário.

Para continuar o importante trabalho de reforço das capacidades nacionais em matéria de género, equidade e direitos humanos, a OMS adaptou e divulgou uma aplicação informática, o Conjunto de Ferramentas de Avaliação da Equidade na Saúde (HEAT),[76] para ajudar os países a analisar as desigualdades. Os participantes de Moçambique e da República Unida da Tanzânia receberam formação para utilizar a ferramenta e, desde então, começaram a sua implementação. Oito países[77] receberam apoio para integrar esta temática nas políticas e programas de saúde.

A OMS assistiu a Gâmbia, a Mauritânia, o Ruanda e a África do Sul a incluírem os aspectos relacionados com a saúde na sua avaliação periódica universal, um processo conduzido pelos Estados-Membros sob os auspícios do Conselho das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Foram feitas recomendações sobre direitos humanos na saúde em termos de segurança sanitária, emergências e auxílio em caso de catástrofe, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva, entre outros.

A área dos determinantes sociais da saúde (DSS) garante que os programas abordem as causas das doenças, incapacidades e mortes prematuras que existem fora do sector da saúde. Para reforçar a capacidade dos países para a integração da Saúde em Todas as Políticas, a OMS organizou um seminário multissectorial para 50 decisores políticos de 15 países[78] representando os ministérios do comércio, dos assuntos sociais, instituições académicas e governo local. Fazendo uso de ferramentas, estudos de casos e relatórios da OMS, incluindo o *Manual da Saúde em Todas as Políticas*,[79] cada país já desenvolveu um documento de síntese política e um plano de implementação para agir sobre determinantes sociais da saúde através de medidas intersectoriais. Além disso, o Malawi, a África do Sul e o Zimbabwe reviram as políticas de ministérios governamentais seleccionados e documentaram o estado de integração da HiAP.

A saúde ambiental é um determinante-chave da saúde. Cerca de 28% do fardo total de doenças e 25% dos óbitos são atribuíveis a factores de risco ambiental evitáveis. Até 70% da população na Região Africana não tem acesso ao saneamento básico, 40% utiliza fontes de água com pouca qualidade, e existe uma a exposição humana generalizada a materiais tóxicos e à contaminação ambiental causada por químicos perigosos.

A Região Africana realizou progressos significativos em saúde ambiental, nas áreas do desenvolvimento de políticas e estratégias, reforço de capacidades e parcerias mundiais e regionais. Em 2015, pela primeira vez, a OMS e a UNICEF avaliaram o estado da água, saneamento e higiene (WASH) nas estruturas de saúde dos países de baixo e médio rendimento.[80] As conclusões mostram que na Região Africana, cerca de 42% das estruturas não têm água com qualidade, e quase 20% não dispõem de saneamento.[81] A recente iniciativa WASHFIT da OMS e UNICEF ajudou a integrar o WASH na prevenção e combate às infecções. Até agora, a abordagem foi utilizada no Mali e nos pontos críticos de cólera no Chade, e na Libéria para ajudar na recuperação pós-Ébola e nas medidas de reforço dos sistemas sanitários.

OMS/J. Pudlowski

O TrackFin é também um instrumento que ajuda os países a seguir os fluxos de financiamento no domínio do WASH. Em Dezembro de 2015, especialistas nacionais de 11 países[82] receberam formação sobre o instrumento e a forma de utilizar a informação obtida para ultrapassar os desafios. Além disso, em conformidade com a Declaração de Libreville,[83] mais três países[84] elaboraram planos nacionais para a tomada de medidas conjuntas, elevando o total para 23.

A Região Africana é particularmente vulnerável a alterações climáticas que afectam os determinantes ambientais da saúde e exacerbam os riscos. A OMS realizou dois seminários de reforço de capacidades para a avaliação da vulnerabilidade e da adaptação, para ajudar 10 países[85] a implementarem a componente da saúde nos planos nacionais de adaptação às alterações climáticas. Em sintonia com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, o Escritório Regional elaborou uma agenda regional estratégica (2016 – 2020) para estimular o investimento em programas prioritários de saúde e ambiente em África.

Antes da Conferência Mundial sobre Alterações Climáticas em Paris (COP21), o Escritório Regional organizou a terceira reunião da Iniciativa Clim-HEALTH Africa na África do Sul. Esta reunião multissectorial estabeleceu os objectivos de referência para projectos conjuntos, estimulou o diálogo entre os parceiros e explorou as oportunidades de sensibilização para a COP21 em Dezembro de 2015. Durante a conferência de Paris, o Escritório Regional organizou um "Evento no Pavilhão de África" para apresentar exemplos de estratégias economicamente eficazes e comprovadas de desenvolvimento da resiliência das comunidades face às alterações climáticas. Estas incluíram o programa sanitário DelAgua do Ruanda, a maior acção comunitária integrada de um projecto de fogões de cozinha melhorados na Região; a Associação Afrique Verte, que criou bancos de cereais produzidos e geridos pelas próprias comunidades na África Ocidental (Níger, Mali e Burquina Faso); e a prestação de cuidados combinados de prevenção e intervenção ao nível primário como pacote de cuidados de saúde essenciais na Etiópia. O evento reforçou as parcerias e a colaboração intersectorial e aumentou a advocacia a favor de uma participação comunitária efectiva, por forma a se fazer face aos impactos das alterações climáticas na saúde pública em África.

4.4 Categoria 4: Sistemas de saúde

OMS/S. Gborie

A OMS presta apoio aos países no desenvolvimento de sistemas de saúde resilientes, com o objectivo principal de se alcançar a Cobertura Universal de Saúde o que inclui o reforço da liderança e da governação; o financiamento da saúde;
os recursos humanos para a saúde (RHS);
a promoção do acesso a tecnologias da saúde seguras e efectivas; a prestação de serviços integrados; os sistemas de informação sanitária (SIS) e a investigação
no sector da saúde.

As políticas, estratégias e planos nacionais de saúde abrangentes e de base factual fornecem a plataforma necessária para a liderança por parte do governo e a coordenação dos parceiros. A maioria dos países da Região não adoptou uma abordagem multissectorial para formular políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, o que prejudicou a sua capacidade de potencializar outras partes interessadas e sectores, como os das finanças, educação e obras públicas, assim como organizações não-governamentais e organizações da sociedade civil, cujas actividades também têm impacto sobre a saúde. Para fazer face a esta lacuna, a OMS está a conceber módulos de formação do Programa Nacional de Formação para reforçar as capacidades dos intervenientes nacionais e parceiros do desenvolvimento, para que possam colaborar na elaboração de estratégias, políticas, e planos nacionais de saúde sólidos.

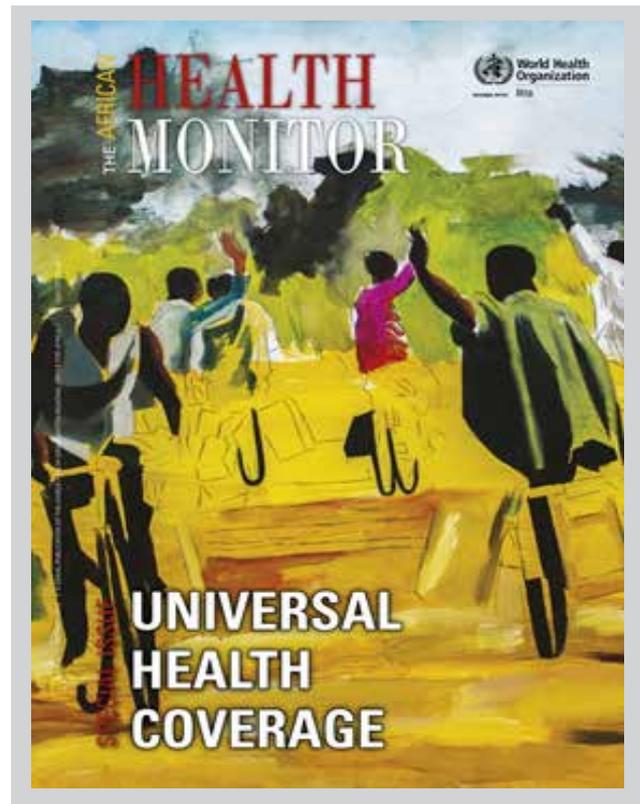
Em 2010, o Comité Regional da OMS para a África (Resolução AFR/RC60/R3) encorajou os Estados-Membros a promoverem o desenvolvimento e a implementação de políticas e estratégias de Cibersaúde. Até ao final de 2015, apenas 20 países[86] tinham formulado a sua estratégia de Cibersaúde. Para acelerar a implementação, a OMS deu formação a 17 países[87] adicionais sobre o uso do *Kit de Ferramentas para uma Estratégia de Cibersaúde*[88] e, subsequentemente, apoiou cinco países[89] a desenvolver a sua estratégia de Cibersaúde.

Para facilitar as revisões do sector da saúde, a OMS está a desenvolver um *Guia para harmonizar e uniformizar as revisões e avaliações do sector da saúde na Região Africana da OMS*. O guia irá fornecer indicadores normalizados que permitem estabelecer comparações entre os países para o processo de monitorização e avaliação realizado nas áreas prioritárias da saúde. Os resultados destas revisões do sector da saúde serão usados para fazer os ajustes estratégicos e operacionais necessários para melhorar o desempenho do sector da saúde.

A OMS realizou acções de formação do pessoal em 39 países[90] sobre o quadro do Sistema de Contas da Saúde, com o intuito de ajudar os Estados-Membros a alinharem as suas despesas em prioridades sanitárias ao rendimento por habitante. A formação irá contribuir para uma melhor planificação e afectação de recursos de acordo com as prioridades sanitárias e para aumentar a responsabilização nos sistemas de saúde. Dezanove países[91] estão a utilizar o quadro do Sistema de Contas da Saúde para rever as suas contas nacionais da saúde.

O financiamento da saúde é essencial para disponibilizar os diferentes componentes dos sistemas de saúde que são vitais para a implementação da Cobertura Universal de Saúde. A OMS, em colaboração com a Associação Africana de Economia e Política da Saúde (AfHEA), levou a cabo vários estudos para compreender os desafios e os obstáculos enfrentados pelos Estados-Membros, e identificar as necessidades em termos de desenvolvimento das capacidades. Uma selecção dos resultados sobre a situação do financiamento da saúde na Região encontra-se agora disponível numa edição especial da revista Monitor Africano da Saúde (Figura 4.4.1).[92] Os obstáculos incluem recursos financeiros insuficientes, forte dependência nas despesas de saúde incorridas pelos próprios utentes, deficiências na gestão dos sistemas de saúde, falta de investigação e fraca monitorização e avaliação.

Estes resultados indicam que as políticas e estratégias de financiamento da saúde robustas e os mecanismos de financiamento sustentáveis são importantes para a implementação dos componentes-chave da CUS.

Figura 4.4.1: Monitor Africano da Saúde – Edição especial sobre a CUS

Trinta e sete dos 47 países da Região continuam a enfrentar uma escassez crítica de profissionais de saúde, enquanto os demais enfrentam uma relativa escassez em termos da distribuição geográfica e do conjunto de competências.[93] A OMS ajudou cinco países[94] a elaborarem os seus planos de investimento e a dispensarem formação para aumentar a sua força de trabalho do sector da saúde, em linha com o roteiro regional.[95] A Eritreia e a Suazilândia receberam apoio para realizar uma avaliação intercalar dos seus planos de Recursos Humanos para a Saúde em 2015, o que levou a uma redefinição das prioridades no que toca às intervenções.

O Secretariado desenvolveu capacidades em oito países[96] no uso da ferramenta de planificação da OMS, Indicadores do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação,[97] com vista a determinar as normas e requisitos de contratação para as unidades de saúde. Equipas de 35 a 60 participantes por país receberam formação para aplicar a ferramenta na avaliação do volume de trabalho das unidades de saúde e identificar as necessidades em termos de pessoal de saúde nos seus países. Além disso, foi organizado um seminário de "formação de formadores" com 26 participantes de seis países[98] destinado a criar um grupo de peritos aos quais a OMS pode recorrer para prestar apoio à implementação dos Indicadores do Volume de Trabalho para as Necessidades de Contratação nos países. Após a formação sobre a metodologia e a abordagem para apoiar os países no uso da ferramenta, os peritos em Recursos Humanos para a Saúde serão capazes de prestar, eles próprios, apoio aos países.

O acesso a medicamentos essenciais de qualidade é fundamental para a CUS. A OMS ajudou 15 países[99] a reforçarem os seus sistemas farmacêuticos, incluindo a selecção de medicamentos essenciais. O Gana elaborou um plano estratégico para melhorar a boa governação no sector farmacêutico e uma política de gestão de risco para fazer face às vulnerabilidades dos seus depósitos médicos centrais. Foram realizados inquéritos sobre o preço e a disponibilidade dos medicamentos na Etiópia, Mali, Togo e Zimbabwe, ao mesmo tempo que avaliações dos preços e sistemas de reembolso de medicamentos nos regimes de seguros de saúde foram levadas a cabo na África do Sul, Etiópia, Gabão, Gana, Ruanda e Senegal.

A resistência antimicrobiana (RAM) representa um risco sem precedentes para a saúde pública na Região, onde a consciencialização pública para este problema continua fraca. Para desenvolver as capacidades para implementar o Plano Mundial de Acção para a RAM nos Estados-Membros, a OMS formou, em Março de 2016, em Harare, no Zimbabwe, 45 pontos focais de 12 países[100] para que sejam capazes de elaborar planos de acção nacionais sobre a RAM usando a abordagem "Uma Só Saúde", que reconhece a ligação entre a saúde humana, a saúde animal e o meio ambiente. Além disso, a OMS desenvolveu um pacote para a vigilância de agentes antimicrobianos[101] e formou participantes de 12 países[102] sobre o seu uso em Ouagadougou, em Maio de 2016. A actual cobertura de laboratórios funcionais é inadequada e não contribui para sistemas de saúde resilientes na Região. A OMS apoiou uma Avaliação Externa de Qualidade de 90 laboratórios em 46 Estados-Membros para validar as competências laboratoriais na identificação de agentes patogénicos entéricos e da meningite, peste, tuberculose e paludismo, e forneceu medidas correctivas e apoio aos laboratórios com mau desempenho. A OMS prestou assistência a três países afectados por DVE na formulação de planos nacionais de reforço dos sistemas nacionais de transfusão de sangue. Além disso, com o apoio da OMS, a Libéria elaborou um plano estratégico laboratorial nacional para criar um instituto nacional de saúde pública, um componente prioritário para a recuperação do país após o surto epidémico de DVE e a reconstrução do seu sistema de saúde.

A OMS elaborou um quadro regional para a regulação dos praticantes, práticas e produtos da medicina tradicional,[103] que complementa as ferramentas de institucionalização da medicina tradicional nos sistemas de saúde e as linhas orientadoras para o registo dos medicamentos tradicionais na Região Africana. Quatro países adoptaram o quadro.[104] A protecção dos direitos de propriedade intelectual (DPI) e dos conhecimentos da medicina tradicional (CMT) na Região tem sido difícil. O Escritório Regional tem assumido a dianteira na protecção do conhecimento indígena, sendo a primeira das Regiões da OMS a formular orientações políticas[105] e um quadro legislativo[106] sobre os DPI, CMT e o acesso aos recursos biológicos. Doze países[107] formularam já a sua própria legislação nacional. Madagáscar desenvolveu

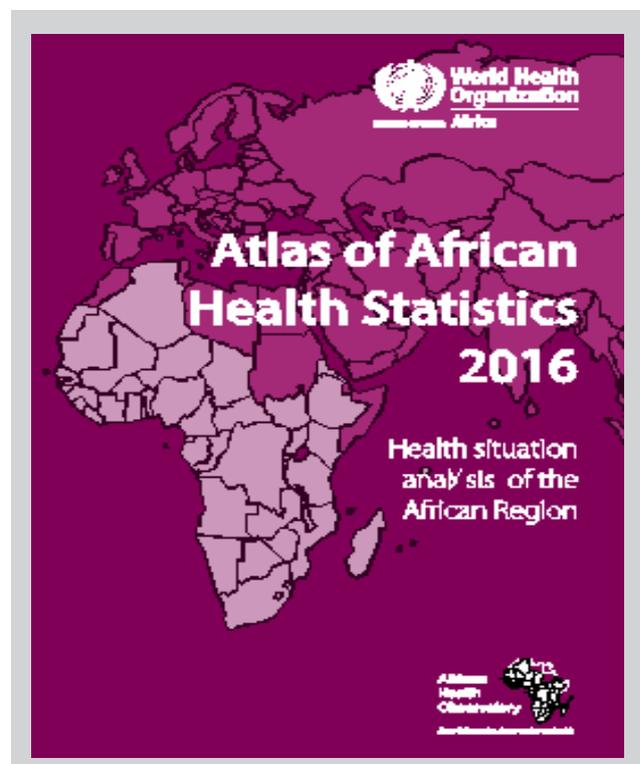
uma política nacional sobre a medicina tradicional em Novembro de 2015, enquanto a Côte d'Ivoire elaborou, em 2016, um código de ética e de prática para os praticantes da medicina tradicional.

Conforme recomendado pelos ministros africanos da saúde durante a primeira reunião conjuntamente organizada pela Comissão da União Africana (CUA) e a OMS em Luanda, em 2014, a OMS, a CUA e a Agência de Planeamento e Coordenação da Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD) continuam a colaborar no que toca à criação da Agência Africana dos Medicamentos (AAM). Para este efeito, a OMS prestou apoio à CUA na elaboração de um quadro jurídico e institucional e de um plano de actividades para a AAM, por forma a garantir que estará alicerçada em capacidades institucionais sólidas, num quadro legislativo eficaz e numa clara estrutura de responsabilização.

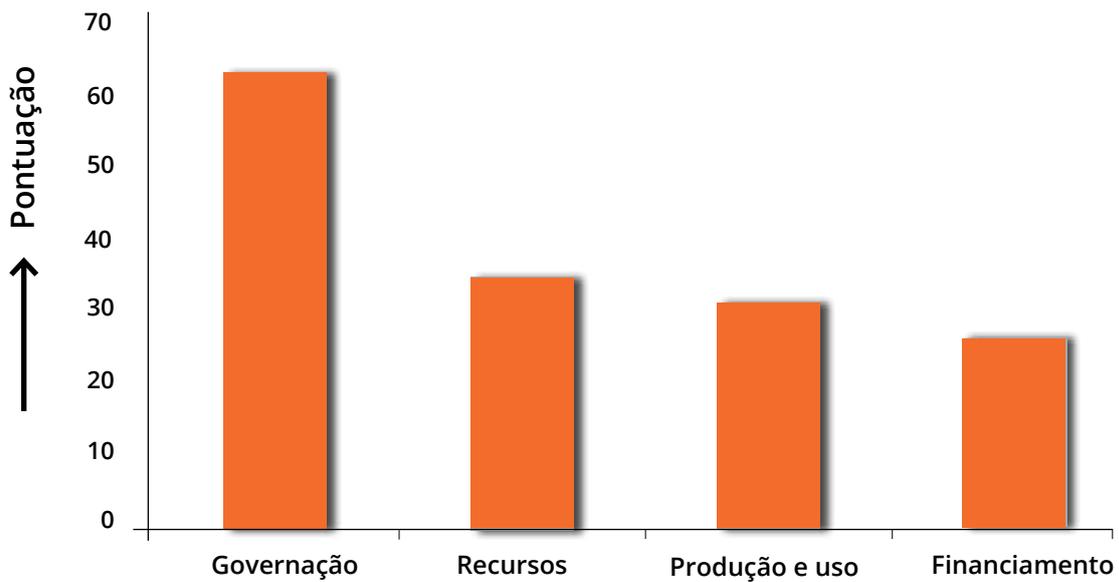
Para divulgar as evidências e as melhores práticas de saúde disponíveis, a OMS mantém em funcionamento o Observatório Africano da Saúde,[108] de modo a disponibilizar perfis sanitários analíticos abrangentes dos sistemas nacionais de saúde. Os dados do Observatório Africano da Saúde são recolhidos ao nível nacional em cada um dos 47 Estados-Membros e depois analisados em colaboração com a UNICEF e o Banco Mundial para a publicação anual do Atlas das Estatísticas da Saúde em África (Figura 4.4.2).

A Edição de 2015 do Atlas[109] fornece uma base para a monitorização dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde. A qualidade, quantidade e actualidade da transmissão dos dados dos Estados-Membros têm sido fracas na maior parte dos casos. Por conseguinte, a OMS elaborou em Abril de 2016 um guia para a criação de observatórios nacionais de saúde,[110] que já está a ajudar 10 países[111] a desenvolverem os seus observatórios de saúde.

No que concerne aos Sistemas Nacionais de Investigação em Saúde (SNIS), a OMS desenvolveu o primeiro Barómetro Africano dos SNIS,[112] em Dezembro de 2015, em linha com o quadro da estratégia regional para a investigação adoptado em 2015. Esta ferramenta mede o desempenho de 17 parâmetros das vertentes de governação, financiamento, e recursos humanos e infra-estruturais, bem como da produção e do uso da investigação em saúde.

Figura 4.4.2: Atlas das Estatísticas da Saúde em África 2016

O Barómetro foi partilhado com todos os Estados-Membros para monitorizar o desempenho dos seus SNIS. Em Fevereiro de 2016, a OMS usou o Barómetro dos Sistemas Nacionais de Investigação em Saúde para determinar a pontuação Regional a partir dos dados sobre os SNIS recolhidos em todos os Estados-Membros [112]. A pontuação geral para as quatro funções dos SNIS foi de 42% para a Região Africana, o que se situa abaixo da média.

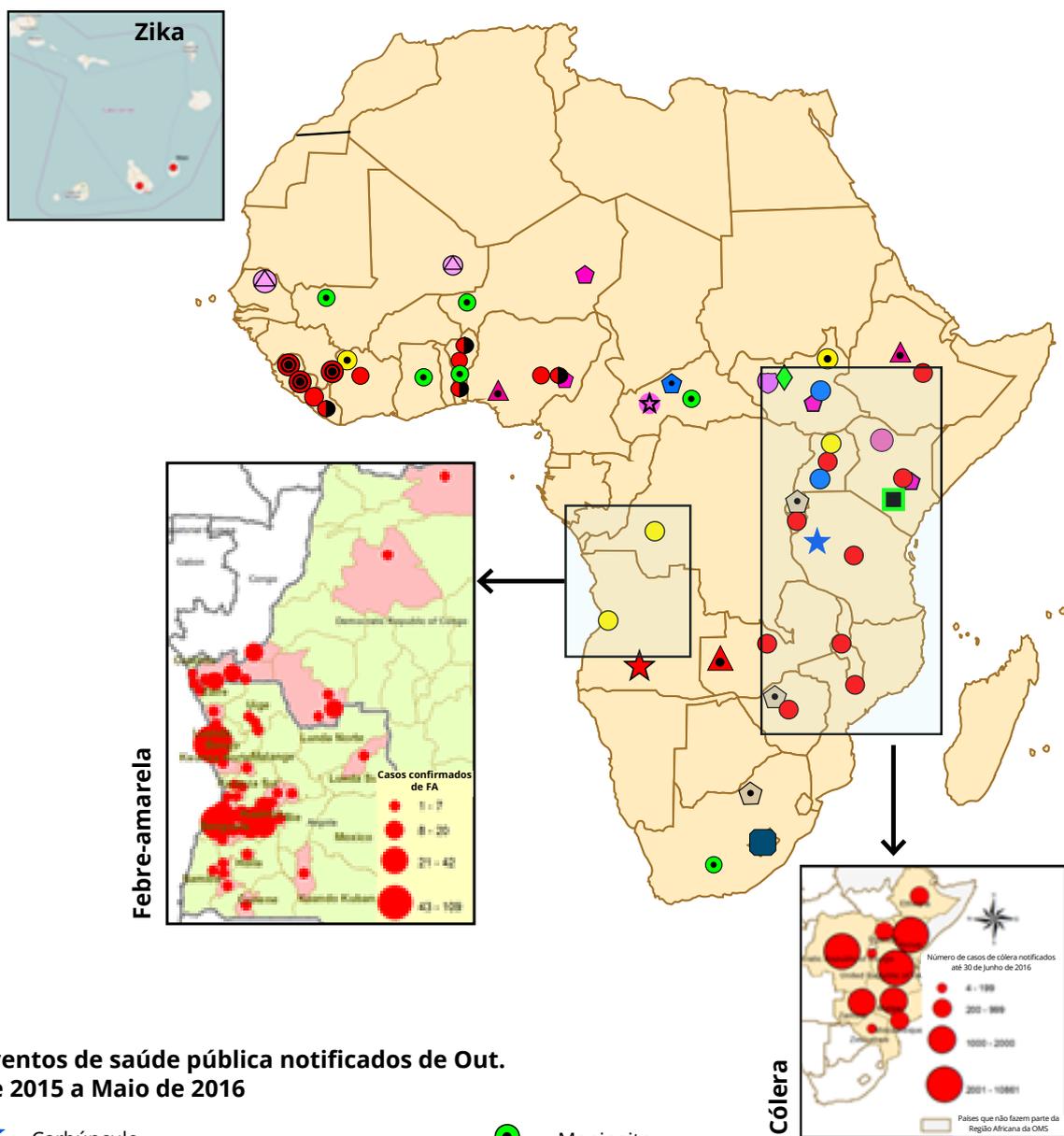
A pontuação para a função de governação foi relativamente mais elevada do que as funções de financiamento, recursos humanos e infra-estruturais, e produção e uso da investigação, que ficaram muito abaixo da média (Figura 4.4.3). Os países precisam de investir mais no reforço dos seus SNIS, e estas pontuações deverão orientar os decisores políticos e os parceiros na identificação das causas do fraco desempenho com vista à concepção de intervenções para melhorá-lo.

Figura 4.4.3: Pontuações das quatro principais funções dos sistemas nacionais de investigação em saúde na Região Africana [112]

Fonte: Barómetro Africano dos Sistemas Nacionais de Investigação em Saúde.

4.5 Categoria 5: Preparação, vigilância e resposta às doenças

As actividades da OMS nesta categoria vão no sentido de apoiar a preparação, vigilância e resposta às epidemias, catástrofes naturais, conflitos e emergências ambientais, químicas, radionucleares e alimentares, bem como a resistência antimicrobiana. Actualmente, a Região Africana continua a enfrentar, de forma recorrente, grandes eventos de saúde pública, tais como surtos de febre-amarela, cólera e Zika, efeitos do *El Niño*, e conflitos humanitários, que causam elevada morbilidade e mortalidade (Figura 4.5.1).

A epidemia de doença por vírus Ébola (DVE) foi controlada com sucesso em Dezembro de 2015 e a Directora-Geral da OMS retirou a sua declaração de Emergência de Saúde Pública de Dimensão Internacional na sequência das recomendações do Comité de Emergência do RSI, no dia 29 de Março de 2016. Foram notificados 28 616 casos confirmados, prováveis e suspeitos na Guiné, Libéria e Serra Leoa, com 11 310 óbitos.

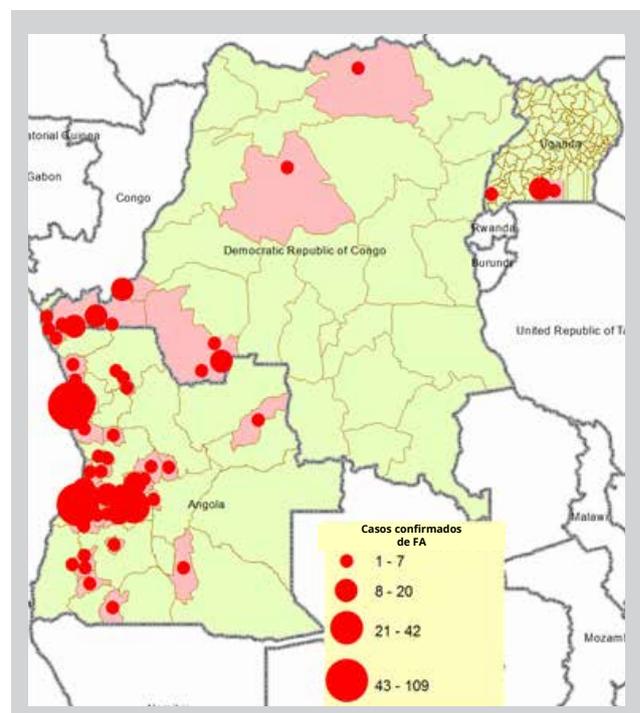
Figura 4.5.1: Eventos de saúde pública na Região Africana, Outubro de 2015 a Maio de 2016

Fonte: Boletim da OMS AFRO sobre Surtos e Emergências, 3.ª Edição, 30 de Maio de 2016

Subsequentemente, ocorreram casos esporádicos no final do período em apreço, em Junho de 2016. No sudeste da Guiné, foram notificados sete casos confirmados e três casos prováveis de DVE entre 17 de Março e 6 de Abril, e foram notificados três casos confirmados entre 1 e 5 de Abril em Monróvia, na Libéria. Na Guiné, o último caso detectado testou negativo para o vírus Ébola pela segunda vez a 19 de Abril, e o país declarou o fim da transmissão do vírus ébola a 1 de Junho de 2016. A 9 de Junho de 2016, a OMS declarou o fim do mais recente surto epidémico de DVE na Libéria.

A rápida contenção dos ressurgimentos indica que a capacidade de resposta foi desenvolvida nestes países, através do apoio da OMS prestado na forma de reuniões regulares de coordenação dos três níveis da OMS e o destacamento de peritos. Os três países permanecem vigilantes, pois persiste o risco de ressurgimentos. A OMS continua a trabalhar com os seus parceiros e com os governos da Guiné, Libéria e Serra Leoa para prestar aconselhamento aos sobreviventes e ajudar a reintegrá-los nas comunidades, e ainda para fazer a despistagem da persistência do vírus. As lições retiradas do surto epidémico de DVE contribuíram para melhorar a resposta às emergências de saúde pública na Região, como por exemplo, com a criação de um sistema de gestão de incidentes para todos os grandes surtos epidémicos e crises humanitárias.

A Região está actualmente a enfrentar o maior surto de febre-amarela de sempre, que teve início em Angola, em Dezembro de 2015, e propagou-se para a República Democrática do Congo (RDC), e Quénia. Até 30 de Junho de 2016, foram notificados 3552 casos, incluindo 355 óbitos, em Angola, e 1399 casos, com 82 óbitos, na RDC. O Uganda também notificou 60 casos e 7 óbitos num surto que não está relacionado com o de Angola (Figura 4.5.2).

Para avaliar os esforços de prevenção e controlo da epidemia de febre-amarela, a Directora-Geral e a Directora Regional visitaram a República de Angola em Abril 2016, onde se reuniram com o Presidente José Eduardo dos Santos e outras altas figuras do governo para discutir como a OMS poderia prestar um maior apoio ao país.

Figura 4.5.2: Distribuição geográfica dos casos de febre-amarela por distrito, até Junho de 2016

Fonte: Boletim da OMS AFRO sobre Surtos e Emergências, 3.ª Edição, 30 de Maio de 2016

Dr.ª Matshidiso Moeti, Directora Regional da OMS para a África e a Dr.ª Margaret Chan, Directora-Geral da OMS reuniram-se com o Presidente Angolano, Sua Excelência o Sr. José Eduardo dos Santos, em Luanda, Angola, em Abril de 2016.

A Directora-Geral e a Directora Regional também visitaram um posto de vacinação contra a febre-amarela em Luanda e o centro de tratamento do Hospital Geral de Luanda, que lida com os casos mais graves de febre-amarela.

Em resposta ao surto, a OMS e os parceiros prestaram apoio aos países afectados para implementarem medidas de controlo. Até ao final de Junho de 2016, 126 peritos internacionais tinham sido enviados para reforçar os esforços de vigilância, vacinação, comunicação dos riscos, mobilização comunitária, gestão dos casos e controlo integrado do vector. Em linha com as recomendações do RSI, a OMS aconselhou a que se fizesse a despistagem da febre-amarela e se vacinasse os viajantes nos principais pontos de entrada. Além disso, através dos mecanismos do Grupo de Coordenação Internacional, a OMS disponibilizou mais de 14 milhões de doses de vacinas contra a febre-amarela para Angola, RDC e Uganda. Foram desembolsados aproximadamente 1,6 milhões de dólares do Fundo de Contingência da OMS para as Emergências e do Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública, em apoio dos esforços de resposta nos países. A OMS está a elaborar uma nova estratégia para fazer face ao risco diferente que a Região agora enfrenta, e que dá uma atenção especial à vacinação e à segurança sanitária.

Na Região Africana, a existência do vírus Zika foi confirmada em Cabo Verde e na Guiné-Bissau em Outubro de 2015 e Junho de 2016, respectivamente. Esta situação, que está ligada ao surto nas Américas, foi declarada uma emergência de saúde pública de dimensão internacional a 1 de Fevereiro de 2016. Até 30 de Junho de 2016, foram notificados 7585 casos suspeitos de Zika, incluindo nove casos de microcefalia entre bebés nascidos de mães infectadas pelo vírus nestes dois países, com 202 casos confirmados laboratorialmente até 30 de Junho de 2016.

Desde esta data, o número de casos notificados em Cabo Verde diminuiu, sendo que os últimos novos casos confirmados foram notificados em Março de 2016, ao passo que a Guiné-Bissau registou três casos confirmados até ao final de Junho de 2016. A OMS prestou apoio na investigação inicial e confirmação do diagnóstico através do envio de peritos e documentos de orientação para os Estados-Membros e parceiros, com vista à preparação e resposta à doença por vírus Zika.

Outro importante evento de saúde pública foi o surto de febre de Lassa na Nigéria, Benim e Togo. Até 30 de Junho de 2016, a Nigéria notificou 272 casos e 149 óbitos (taxa de letalidade de 55%), com 165 casos confirmados laboratorialmente, incluindo 89 óbitos. Apesar de a febre de Lassa ter sido notificada anteriormente na Nigéria e no Benim, o Togo foi afectado pela primeira vez este ano.

Em resposta, a OMS destacou epidemiologistas, peritos laboratoriais e de logística, e mobilizadores sociais para prestarem apoio técnico, ao mesmo tempo que deu ajuda financeira à aquisição de reagentes e produtos laboratoriais, e doou Ribavirina à Nigéria para a gestão dos casos.

Existe uma ocorrência sazonal persistente de meningite meningocócica na Região Africana, sobretudo da estirpe A *Meningococcus meningitidis*. Para reduzir esta ocorrência, a OMS e os seus parceiros introduziram a MenAfriVac (vacina da meningite A). Mais de 255 milhões de pessoas em 18 países foram já vacinadas desde 2010. A eficácia da vacina levou à redução da estirpe da meningite A, de 90% em 2007 para 35% em 2010, e para menos de 5% em 2016 (Figura 4.5.3).

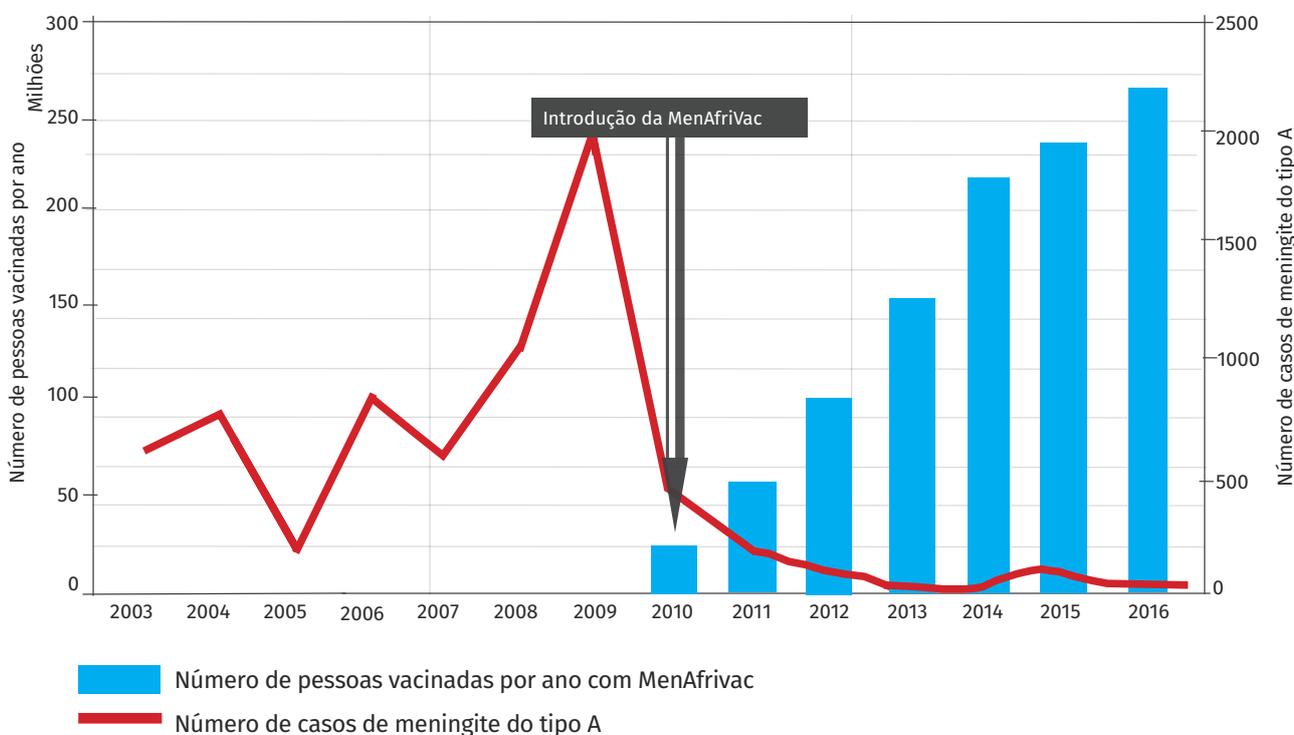
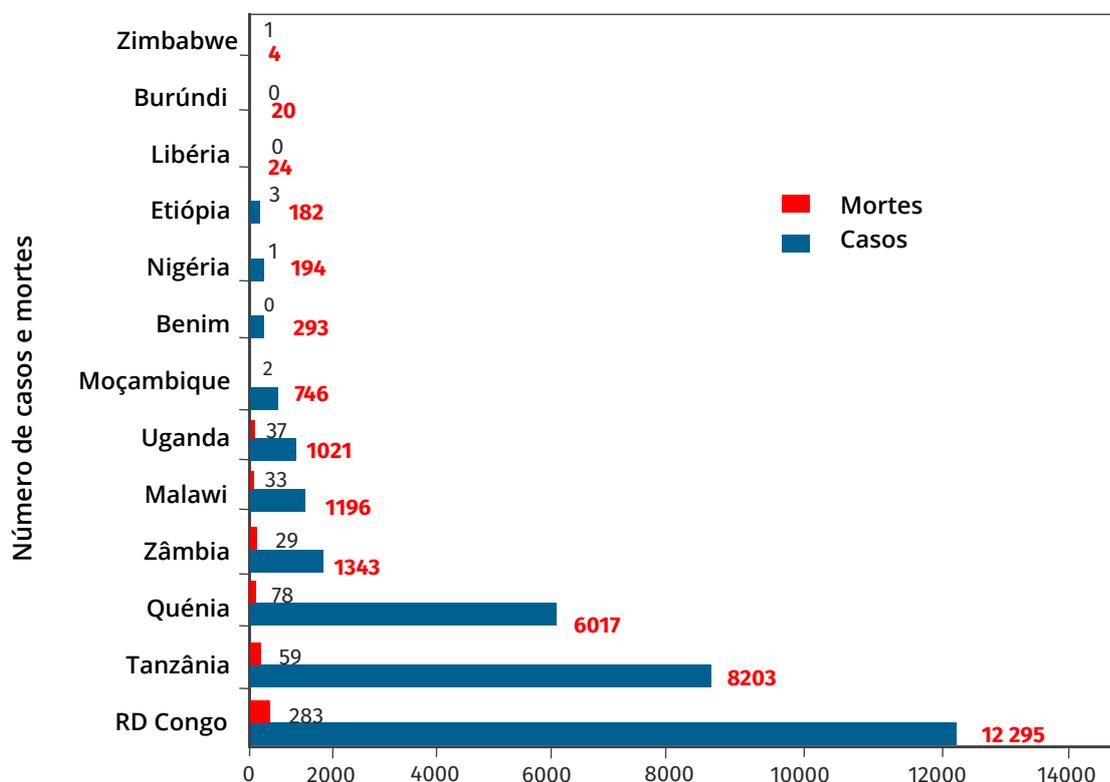
Figura 4.5.3: Número cumulativo de pessoas vacinadas através das campanhas e casos de meningite meningocócica do tipo A em 18 países da cintura da meningite

Fonte: Dados da campanha compilados pela EAI da África Ocidental.

Figura 4.5.4: Distribuição por país dos casos e mortes resultante da cólera, Janeiro a Maio de 2016

Fonte: Boletim da OMS AFRO sobre Surtos e Emergências, 3.ª Edição, 30 de Maio de 2016

Apesar dos esforços envidados, houve um surto de meningite no Gana, Benim, Togo, Níger e Burquina Faso entre Janeiro e Maio de 2016 com a estirpe do tipo W135, que não está incluída na vacina MenAfriVac, causando uma percentagem crescente da doença. O número de casos notificados nos cinco países foi de 7559 incluindo 642 óbitos (taxa de letalidade de 8,5%). A OMS e os seus parceiros prestaram apoio aos Ministérios da Saúde do Gana, Benim e Togo para aumentarem a vigilância e a planificação, levarem a cabo campanhas reactivas de vacinação e divulgarem mensagens apropriadas dirigidas às populações afectadas. A OMS enviou igualmente dois peritos laboratoriais internacionais para apoiar a garantia de qualidade laboratorial.

Como resultado das alterações climáticas a nível mundial, a Região tem enfrentado condições climáticas extremas relacionadas com o *El Niño*[113] nos últimos dois anos, o que têm consequências significativas para a saúde pública. Cerca de 52 milhões de pessoas nos países da África Oriental e Austral sejam afectadas pelo fenómeno *El Niño*, o que tem tido um grande impacto na sua saúde e nos seus meios de subsistência. Por exemplo, a Etiópia está a enfrentar actualmente a pior seca dos últimos 30 anos, com 10,2 milhões de pessoas a necessitar de ajuda alimentar de emergência. Mais de um milhão de crianças com menos de cinco anos de idade sofrem de malnutrição, enquanto mais de dois milhões de pessoas não têm acesso a água potável. No Zimbabwe, cerca de 1,49 milhões de pessoas vivem em situação de insuficiência alimentar. Ademais, a RDC, Etiópia, Malawi, Moçambique, Quénia, Tanzânia e Zâmbia estão actualmente a enfrentar surtos de cólera devido a efeitos do *El Niño* (Figura 4.5.4).

OMS/S. Gborie

Cinco Estados-Membros (Etiópia, Lesoto, Malawi, Moçambique, Suazilândia e Zimbabwe) declararam a situação de seca como uma catástrofe nacional e apelaram à ajuda internacional urgente. Em resposta, a OMS elaborou o plano regional de preparação e resposta ao fenómeno *El Niño* para orientar o sector da saúde nos países afectados relativamente às principais intervenções de saúde. A Organização destacou uma equipa de peritos para trabalhar com a equipa multissectorial Etíope de resposta ao *El Niño*, bem como peritos multidisciplinares em cólera para prestar apoio técnico à República Unida da Tanzânia, República Democrática do Congo, Moçambique, Malawi e, recentemente, à Etiópia, e forneceu ainda recursos financeiros para a resposta ao surto de cólera. O Escritório Regional desenvolveu uma agenda estratégica para estimular o investimento a acção intersectorial para programas prioritários na área da saúde e do meio ambiente em África.

Apesar de a Região estar a enfrentar grandes surtos epidémicos, a Organização procura continuamente reforçar a preparação, tirando sobretudo partido das lições retiradas da recente epidemia de DVE na Região. Os esforços incluíram finalizar a elaboraçãode perfis e o mapeamento completo do risco de emergências de saúde pública, que foi publicado no sítio *Web* da OMS AFRO, [114] e apoiar 19 países[115] prioritários de alto risco a criarem Centros de Operações de Emergência ao nível nacional. O Secretariado tem prestado apoio técnico em termos de comunicação dos riscos e emergências através a sua Rede de Comunicação de Emergência, e continua a fazer uso da vigilância electrónica para efectuar vigilância em tempo real, destinada aos alertas e à detecção precoce.

Tendo em conta a crescente ameaça que as doenças infecciosas representam para saúde mundial, os parceiros do sector da saúde elaboraram a Agenda Mundial para a Segurança Sanitária, em linha com as capacidades essenciais de aplicação do RSI (2005), prevenir epidemias evitáveis, detectar precocemente as ameaças, e dar uma resposta rápida e eficaz às ameaças biológicas de dimensão internacional.

No seu papel fundamental de coordenação e monitorização a OMS constatou que os Estados-Membros não são suficientemente objectivos quando efectuam a sua auto-avaliação anual sobre o RSI, tal como ficou patente nos países mais afectados pela DVE, que informaram dispor de sistemas de vigilância satisfatórios. Posteriormente, a Assembleia Mundial da Saúde (WHA68/22Add.1) recomendou que se passasse de uma auto-avaliação exclusiva para um processo combinado de avaliação. A OMS desenvolveu uma ferramenta de avaliação externa conjunta, realizou avaliações na Tanzânia, Etiópia e Moçambique e identificou as medidas prioritárias a tomar. Um processo idêntico está planeado para outros países da Região.

Na sequência da contribuição da OMS para a criação do Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África), foi formulado um quadro de colaboração entre a Comissão da União Africana e a OMS. Este quadro considera as vantagens comparativas e a sinergia entre as duas organizações e assegura que a OMS continue a prestar apoio técnico aos Estados-Membros, tal como observado nas missões conjuntas para avaliar potenciais pólos sub-regionais do CDC de África na Zâmbia, Nigéria, Gabão e Etiópia.

A Região Africana fez enormes progressos no sentido da erradicação da poliomielite, sem qualquer caso confirmado de poliovírus selvagem desde a notificação do último caso na Nigéria a 24 de Julho de 2014. A Região Africana concluiu com sucesso a 1.ª fase de confinamento laboratorial de poliovírus, com a destruição do poliovírus e dos materiais potencialmente infecciosos, até ao primeiro trimestre de 2016.

Além disso, a transição mundial da vacina oral trivalente para a vacina oral bivalente da poliomielite foi concluída atempadamente, com relatórios de validação de todos os 47 países.

Os marcos seguintes incluem a implementação da 2.ª fase do confinamento biológico do vírus da vacina oral da poliomielite do tipo 2, a partir de Julho de 2016, e assegurar a apresentação da documentação adequada do estatuto de país livre da poliomielite relativamente aos restantes 11 países[116] à Comissão Regional Africana de Certificação, de acordo o calendário dos países, até Setembro de 2017.

Com a actual dinâmica, a Região Africana poderá receber o certificado de erradicação da poliomielite até ao fim de 2017. Isto significa que o apoio da Iniciativa Mundial para a Erradicação da Poliomielite à Região irá começar a ser reduzido à medida que a certificação mundial e regional de erradicação da poliomielite é concluída. Está em curso o trabalho para garantir a transição bem-sucedida do pessoal e dos recursos afectos à poliomielite na Região.

Foi elaborada uma estratégia regional para a segurança sanitária e emergências destinada a fazer face aos desafios relacionados com os surtos recorrentes e outras emergências de saúde. A estratégia baseia-se no princípio "Todos os Perigos" com ênfase na abordagem "Uma Só Saúde". Este projecto de estratégia será apresentado à sexagésima sexta sessão do Comité Regional.

4.6 Categoria 6: Serviços gerais e funções facilitadoras

OMS/L. Cipriani

Esta categoria centra-se na liderança da OMS e nos serviços gerais necessários para manter a integridade, bem como no funcionamento eficaz e eficiente da Organização. Os serviços gerais viabilizam as outras categorias de trabalho e abrangem as áreas das compras, administração, finanças, auditorias e conformidade, recursos humanos, tecnologias de informação, segurança, comunicações, parcerias e mobilização de recursos e apoio aos países. Entre Outubro de 2015 e Junho de 2016, o trabalho nesta categoria foi realizado em harmonia com os princípios e as prioridades da Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana.

Uma das principais áreas de trabalho tem sido a melhoria da responsabilização e dos controlos internos na Região Africana através de um projecto de Reforço da Responsabilização e dos Controlos Internos (AICS). Os seus objectivos incluem reforçar os controlos internos e a responsabilização, e melhorar o desempenho de individual dos funcionários e dos centros orçamentais aos níveis regional e nacional. O Escritório Regional personalizou algumas iniciativas gerais da Organização nesta área, tais como a utilização dos Indicadores Principais do Desempenho (IPD), para responder às suas necessidades específicas.

Uma importante realização resultante do projecto AICS foi a criação de um sítio na Internet dedicado a fornecer informações e documentos de orientação aos funcionários sobre os quadros de responsabilização e de controlos internos em inglês e francês. Para melhorar a compreensão das normas e procedimentos da OMS, o Escritório Regional elaborou um manual para o pessoal administrativo e técnico nos ministérios da saúde dos Estados-Membros.

Disponível em Inglês, Francês e Português, este manual será distribuído a todos os países da Região Africana. Por outro lado, a OMS continua a reforçar a responsabilização dos beneficiários da Cooperação Financeira Directa (CDF), avaliando as suas capacidades e assegurando que os fundos da OMS dispensados aos governos estão devidamente contabilizados e são utilizados nas actividades previamente definidas.

Para reforçar ainda mais a responsabilização, o Escritório Regional criou uma Comissão de Conformidade e de Gestão de Riscos (CRMC) para abordar o incumprimento de forma holística. A Comissão assegura uma abordagem estratégica, transparente e eficaz à gestão de riscos e à conformidade, em harmonia com os quadros de responsabilização e controlos internos da OMS. Presidida pela Directora Regional, a Comissão é constituída pela equipa de gestão executiva, que analisa regularmente relatórios sobre a consecução de objectivos relacionados com riscos, toma decisões sobre a redução de riscos e fornece retroinformação sobre análises à conformidade. A Região desenvolveu indicadores principais de desempenho (IPD) para muitos aspectos da gestão e administração, que estão a ser utilizados no Escritório Regional e nas Representações. Os resultados destes IPD são regularmente revistos e comunicados à Comissão de Conformidade e de Gestão de Riscos no Escritório Regional, assim como aos Representantes da OMS. Um relatório recente sobre a implementação dos IPD revela que todos os Administradores ou Agentes Operacionais das Representações têm agora perfeito conhecimento da importância de apresentar progressos na consecução destes indicadores. Embora tenham sido registados progressos nas áreas da gestão dos recursos humanos e das operações de segurança, as áreas que mais necessitam de melhorias são as das compras, viagens e da prestação de serviços de tecnologias de informação.

Está em curso uma iniciativa relacionada, com consultores independentes, para o desenvolvimento de IPD que meçam o desempenho programático e a obtenção de resultados pelos grupos orgânicos técnicos e as Representações. O objectivo é demonstrar como o trabalho da OMS contribui para os objectivos que levam a melhores resultados na saúde nos países e, em última instância, resultam em progressos com vista à consecução dos ODS relacionados com a saúde. Estes IPD serão utilizados tanto para avaliar individualmente os funcionários como os contributos da equipa/do programa e o desempenho dos serviços gerais da OMS na Região Africana, monitorizando, inclusive, a qualidade e a eficiência na concretização das principais áreas de responsabilidade da Organização.

Relativamente ao realinhamento dos recursos humanos da OMS com as prioridades programáticas identificadas na Agenda de Transformação, o trabalho está bem encaminhado. Até ao final de Junho de 2016, o exercício de alinhamento tinha sido concluído em quatro dos cinco grupos orgânicos técnicos no Escritório Regional e funções relacionadas a nível das Equipas de Apoio

Interpaíses (EAI). As estruturas dos Grupos Orgânicos e dos diferentes programas foram definidas, elaboraram-se novos perfis para os postos de trabalho, alinhados com as prioridades regionais, alguns funcionários foram dispensados, e foram contratados novos funcionários, o que permitiu aferir a rotatividade do pessoal. Está actualmente em curso uma revisão idêntica nas Representações da OMS.

Para dar apoio aos recém-nomeados chefes das Representações da OMS, são realizadas, sempre que seja viável, revisões administrativas e programáticas conjuntas nos países, no prazo de seis meses após a sua chegada à Representação. Estas revisões destacam as áreas que necessitam de melhorias e servem também para documentar as melhores práticas a partilhar com as outras Representações.

Foram organizadas sessões de orientação para dez Representantes da OMS recém-nomeados, e nove outros Representantes participaram nos Cursos de Competências em Liderança da Equipa da ONU no País, organizados pelo Colégio de Funcionários do Sistema das Nações Unidas, na Tailândia e no Quénia. Para aumentar a taxa de sucesso dos candidatos regionais, foram organizados seminários regionais de orientação em Dezembro de 2015, no intuito de preparar 50 potenciais candidatos para o teste de colocação na lista de reserva de Representantes da OMS.

Os documentos de Estratégia de Cooperação com os Países (CCS) fornecem uma visão estratégica para a cooperação da OMS com os Estados-Membros, assegurando que as prioridades nacionais de saúde, incluindo a prontidão para a resposta a emergências, são tidas em consideração nos planos de trabalho da OMS ao nível dos países. Um total de 23 países[117] actualizaram a sua CCS, e 24 outros[118] estão a renovar a sua CCS fazendo uso de uma nova ferramenta de orientação para integrar a Agenda 2030 no domínio do desenvolvimento sustentável.

Todos os países deverão avaliar a qualidade e a pertinência das áreas de incidência da CCS, no contexto dos ODS e da Agenda de Transformação. Os Representantes da OMS continuam a desempenhar um papel importante de liderança dos contributos da OMS para o desenvolvimento sanitário, no âmbito do Quadro da Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento (UNDAF) ao nível dos países. A OMS é a agência líder no sector da saúde do grupo dos parceiros para o desenvolvimento sanitário, incluindo a componente da saúde do UNDAF. Foram desenvolvidos procedimentos operativos normalizados para os países que tencionem adoptar a abordagem "Unidos na Acção" [Delivering as One], e a OMS está activamente envolvida nas discussões políticas e estratégicas deste processo em 33 países da Região.

A OMS procurou reforçar, de forma activa, as parcerias durante o período em análise. Por exemplo, o Escritório Regional trabalhou em conjunto com o Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental de modo a apoiar a Comissão da União Africana a avançar com a agenda da saúde no continente. Os resultados incluíram a finalização de um quadro de colaboração com o Centro Africano de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC de África), para se trabalhar de forma complementar de promoção da segurança sanitária, inclusive para melhorar a capacidade dos países na aplicação do RSI.

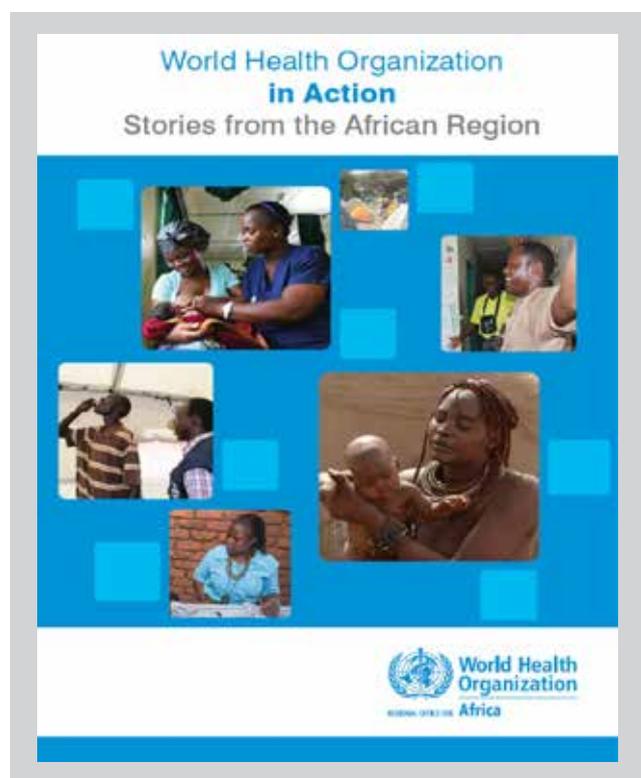
Outras actividades dignas de registo incluíram um acordo de parceria assinado pela Directora Regional com a Comissão Económica das Nações Unidas para a África, para reforçar a capacidade dos países em matéria de gestão dos dados e dos conhecimentos, e com a Organização das Primeiras-Damas Africanas contra a VIH/SIDA (OAFLA) para se exercer advocacia em prol de políticas e estratégias eficazes com vista à eliminação do VIH, redução da mortalidade materno-infantil e da capacitação das mulheres e das crianças.

A OMS está a efectuar uma revisão da iniciativa de Harmonização para a Saúde em África (HHA), um mecanismo regional para prestar apoio aos países da Região Africana, no sentido de se verificar os progressos realizados pelos parceiros da HHA e identificar o caminho a seguir para melhorar os sistemas de saúde na Região Africana.

O Escritório Regional lançou um sistema de registo de monitorização dos relatórios aos doadores a 10 de Março de 2016 para melhorar aos calendários de apresentação e a qualidade dos de relatórios técnicos e financeiros aos parceiros do desenvolvimento que apoiam a OMS na Região Africana. Três meses após ser implementado, ajudou a reduzir o número de relatórios atrasados em quase metade, de 242 para 126 (48%). O Escritório Regional irá procurar não ter relatórios em atraso e que estes sejam de elevada qualidade.

Para melhorar as contribuições das delegações da Região Africana ao trabalho dos Órgãos Directivos da OMS, o Escritório Regional e o Coordenador do Grupo Africano organizaram sessões de trabalho preparatórias e reuniões diárias de coordenação antes da sexagésima nona sessão da Assembleia Mundial da Saúde em Genebra, em Maio de 2016. Estes fóruns permitiram que os Estados-Membros tivessem uma participação equitativa e eficaz e uma compreensão comum, ajudando na formulação de posições partilhadas sobre vários dos principais problemas discutidos pela Assembleia Mundial da Saúde.

A Directora Regional promoveu a liderança e a governação na saúde da OMS através de várias missões aos Estados-Membros e parceiros. Nomeadamente, a Directora Regional visitou a República do Gabão em Fevereiro de 2016, onde a OMS forneceu apoio técnico para a criação de uma Organização da Saúde da África Central, a "L'Organisation de la Santé de l'Afrique centrale (OSAC)", e também o "Fundo Comum da África Central para a Saúde", "Fonds communautaire de la Santé pour l'Afrique centrale (FCAC)". Esta é a primeira organização intergovernamental da saúde que envolve a Comunidade Económica dos Estados da África Central (CEEAC) localizada nesta sub-região, e espera-se que, ao trabalhar em conjunto, a OMS consiga aumentar o apoio aos Estados-Membros pertinentes. A Directora Regional também fez uma visita à China em Março de 2016, onde discutiu com altos representantes do governo o papel que a China poderá ter na promoção do desenvolvimento sustentável da saúde em África.

O Escritório Regional continuou a sensibilizar o público acerca dos problemas da saúde e do seu trabalho através de advocacia, relações com os meios de comunicação, comunicações *online* e produtos de informação de saúde pública, utilizando canais tradicionais e de novos meios de comunicação nas três línguas oficiais. Isto levou a um aumento do número de visitas ao seu sítio na Internet durante o período em análise.

5. Progressos realizados na implementação das resoluções do Comité Regional

OMS/E. Kambambi Kabangu

O Secretariado é responsável pela monitorização da implementação das resoluções aprovadas pelos Estados-Membros nas sessões anteriores do Comité Regional. Os relatórios dos progressos nalgumas das resoluções são apresentados neste capítulo. Cada relatório resume a resolução, as actividades implementadas e os resultados ou os impactos alcançados.

AFR/RC65/R1–Fundo Africano para as Emergências de Saúde Pública (FAESP): balanço

Esta resolução solicitava à Directora Regional que criasse um grupo multidisciplinar de peritos para rever o mecanismo actual do FAESP e para propor alternativas que irão melhorar as contribuições dos Estados-Membros e intensificar a advocacia de alto nível junto dos ministérios relevantes.

A OMS convocou uma reunião consultiva de peritos em Brazzaville, em Junho de 2016, que juntou representantes de ministérios da saúde e finanças para reflectir sobre os desafios do baixo nível de contribuições recebidas dos Estados-Membros. Os peritos sugeriram potenciais soluções para melhorar as contribuições, que incluem uma maior advocacia, a formulação de uma estratégia coordenada de mobilização de recursos e a organização de fóruns para a mobilização de recursos, na forma de debate em mesa redonda com doadores e líderes africanos pré-identificados como defendores da causa do FAESP. O relatório da reunião de peritos será apresentado ao Comité Regional.

OMS/Dicko

AFR/RC61/R4 Erradicação da poliomielite na Região Africana

De acordo com a resolução do Comité Regional sobre a erradicação da poliomielite (AFR/RC61/R4), o Escritório Regional, através das Representações da OMS, forneceu apoio técnico e financeiro aos Estados-Membros na implementação de prioridades identificadas de erradicação da poliomielite, o que levou à interrupção com sucesso da transmissão do poliovírus em 2015, ao confinamento biológico de poliovírus e à mudança da VOPt para a VOPb levada a cabo a nível mundial em 2016.

6. Desafios e obstáculos

OMS/E. Kabambi Kabangu

O Secretariado da OMS na Região Africana enfrentou vários desafios e durante o período coberto pelo relatório, alguns dos quais não eram novos. A Região enfrenta o fardo triplo das emergências e dos surtos, das doenças transmissíveis e das não transmissíveis, que ocorrem num contexto de sistemas de saúde fracos e subfinanciados em muitos dos países da Região Africana. A OMS teve de ser flexível para adaptar a sua actividade à diversidade de países e de contexto, ao mesmo tempo que presta apoio aos governos nas suas funções de coordenação e de tutela.

A Região Africana continua a carregar um fardo elevado de doenças quando comparada com outras regiões. Embora tenham sido realizados bastantes progressos, as acções e o investimento fragmentados significaram que, até ao final de 2015 a maior parte dos países não tinha alcançado totalmente os ODM relacionados com a saúde. Alguns segmentos da população foram deixados para trás e não obtiveram benefícios suficientes das intervenções de saúde pública com boa relação custo-eficácia que foram implementadas. Para se alcançar a Cobertura Universal de Saúde, é preciso existirem sistemas de saúde resistentes e com capacidade de resposta. Estes têm que ultrapassar deficiências em termos do acesso e lacunas no uso das tecnologias de informação e comunicação, e devem facilitar a transposição de novas evidências da investigação para as políticas e programas de saúde pública.

O financiamento inadequado contribuiu para estes desafios, nomeadamente a excessiva dependência dos governos nacionais no financiamento externo de doadores e parceiros do desenvolvimento, e a falta de sensibilização política nos países relativamente às suas obrigações em afectar fundos para a saúde.

Os países precisam de aumentar as suas contribuições internas, tanto do governo como do sector privado e fazer um melhor uso dos recursos disponíveis para assegurar uma boa relação qualidade/preço. Além disso,, os países não estão a investir o suficiente na vertente da investigação e desenvolvimento para a saúde nem nos sistemas de informação sanitária para obter dados de qualidade e oportunos de saúde para a tomada de decisões, o que compromete a capacidade de se tomarem decisões prioritárias e com boa relação custo-eficácia para melhorar os resultados na saúde.

A Região Africana enfrenta uma crescente epidemia de doenças não transmissíveis. Os quatro principais factores de risco para as maiores DNT na Região – tabagismo, inactividade física, consumo nocivo do álcool e alimentação desequilibrada – estão a tornar-se cada vez mais comuns. A não ser que sejam tomadas medidas urgentes para prevenir e controlar as DNT, estas tornar-se-ão na principal causa de problemas de saúde, incapacidades e mortes prematuras na Região. O desafio consiste em abordar a baixa prioridade dada às DNT, investir mais recursos na acção sobre os principais factores de risco e reconfigurar os serviços de saúde para integrar os cuidados crónicos e de reabilitação nos sistemas de cuidados de saúde primários, incluindo a redução dos elevados custos de tratamento das DNT, especialmente o cancro.

Os enormes desafios de pobreza, insuficiência alimentar, degradação ambiental e desemprego – os determinantes sociais e económicos da saúde –, a par da iniquidade dos géneros e das práticas culturais prejudiciais, agravaram o elevado fardo duplo das doenças transmissíveis e não transmissíveis na Região. Isto exige uma abordagem multissectorial com medidas deliberadas para assegurar que todas as políticas levam em consideração o seu efeito na saúde. O desafio passa por convencer os actores externos à saúde e a sociedade em geral da importância do empenho na colaboração para agir sobre as desigualdades e injustiças sociais, económicas e na saúde.

É urgente haver uma maior incidência no domínio da segurança sanitária e situações de emergência na Região Africana. Os países realizaram progressos para dar uma resposta mais eficaz às situações de emergência, mas até à data, nenhum país da Região instituiu todas as capacidades essenciais para a aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), um instrumento com vínculo jurídico. Muitos ministérios da saúde têm dificuldades em gerir a colaboração multissectorial, que é fundamental para se dar uma resposta adequada em situações de emergência e de catástrofe. O desafio é de que forma trabalhar com os Estados-Membros para garantir que existe empenho político de alto nível, incluindo a afectação adequada de recursos internos, e que sejam elaborados e implementados planos e roteiros nacionais com marcos definidos em colaboração com outros sectores, para se conseguir obter e manter as capacidades essenciais de aplicação do RSI.

O Secretariado da OMS enfrentou os seus próprios desafios ao envidar esforços para acelerar a implementação das reformas da OMS na Região Africana. O alinhamento dos recursos humanos tornou-se mais prolongado do que o previsto, com níveis elevados de ansiedade e incerteza entre os funcionários, reduzindo, em alguns casos, a capacidade do Secretariado em responder a solicitações e em concluir a tempo algumas tarefas do plano de trabalho. Embora o nível e disponibilidade do financiamento tenham melhorado, o orçamento é ainda dominado por contribuições voluntárias inflexíveis para algumas áreas de actividade, enquanto outras continuam subfinanciadas. O derradeiro desafio é assegurar que os recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis ao Secretariado estejam alinhados com as prioridades regionais e nacionais acordadas e sejam utilizados de forma eficaz e eficiente para apoiar os Estados-Membros na via da consecução da cobertura universal de saúde, e ser possível alcançar o nível de saúde mais elevado para as suas populações.

7. Conclusão

OMS/G Rohrig

O período do presente relatório coincide com a transição dos ODM para os ODS, o início do segundo biénio do 12.º Programa Geral de Trabalho e com a implementação acelerada da reforma da OMS, através da Agenda de Transformação do Secretariado da OMS na Região Africana.

O relatório realça os principais triunfos e progressos realizados, incluindo o fim do surto de DVE na África Ocidental, reduções no fardo das doenças transmissíveis, como o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo para continuar os progressos no sentido da eliminação/erradicação de algumas DNT, reduções na mortalidade materna e infantil e os progressos constantes com vista à erradicação da poliomielite na Região até 2017.

No entanto, a missão de melhorar o estado de saúde das pessoas na Região Africana está longe de estar terminada, e o Secretariado terá de intensificar os seus esforços no apoio aos Estados-Membros, tal como delineado no *Programa de Transformação da Saúde em África, 2015 – 2020: Uma Visão para a Cobertura Universal de Saúde.*[119] O objectivo é assegurar o acesso universal a serviços essenciais de saúde em todos os Estados-Membros da Região e, dessa forma, alcançar a CUS com o mínimo de obstáculos financeiros, geográficos e sociais aos serviços.

A adopção dos ODS oferece uma oportunidade para fazer avançar este objectivo, privilegiando o envolvimento participativo de todos os sectores, expandindo

a colaboração intersectorial e centrando-se fortemente na equidade e em chegar às populações mais difíceis de alcançar, de modo a que nenhuma pessoa fique "para trás". O ODS3, a expressão mais visível da saúde nos ODS, não só aborda a agenda inacabada dos ODM em áreas como VIH, tuberculose, paludismo e saúde materno-infantil, como também alarga a agenda para incluir as DNT, a saúde mental e abuso de substâncias, e a cobertura universal de saúde e o acesso a cuidados de saúde com qualidade.

Como estabelecido, a implementação da agenda dos ODS irá exigir que os Estados-Membros tomem medidas estratégicas cruciais, incluindo compromissos políticos; incorporação nos planos e orçamentos nacionais para a saúde e o desenvolvimento; parcerias com a sociedade civil; sistemas reforçados para monitorização aos níveis nacional e subnacional; e mecanismos de responsabilização eficazes.

O Secretariado da OMS na Região Africana irá avançar a implementação dos ODS através da intensificação dos esforços de advocacia junto dos governos; do apoio ao planeamento da saúde, incluindo a tradução de ODS relacionados com a saúde em objectivos nacionais relevantes através da revisão de políticas nacionais de saúde e planos estratégicos e de investimento; ao impulsionar a implementação através da CUS, incluindo a melhoria da prestação de serviços graças ao reforço da força de trabalho da saúde e da aprovação de uma abordagem de serviços de saúde integrados e centrados na população, com ênfase no desenvolvimento da saúde ao nível distrital e no reforço do envolvimento com as comunidades; ao trabalhar com os governos para melhorar a relação custo-eficácia dos seus programas; ao promover parcerias; e ao reforçar a gestão da informação para acções e responsabilização.

A consecução das metas do ODS 3 exigirá sistemas de saúde em bom funcionamento, que possa servir como veículos para a implementação de programas de combate a todas as doenças e em prol da a saúde ao longo do ciclo da vida. Estas metas podem ser alcançadas através da aplicação das lições retiradas dos desafios que prejudicaram a consecução dos ODM e fazendo uso da investigação para orientar os sistemas de saúde na elaboração e implementação de programas de saúde. Os Observatórios Nacionais de Saúde ou plataformas semelhantes devem ser promovidos para reforçar a capacidade de compilar, analisar e interpretar os dados de saúde em tempo real, de modo a informar as decisões e as acções.

A partir dos ensinamentos colhidos da recente epidemia e resposta à DVE, a OMS está a empreender grandes reformas para estar à altura de abordar a questão da segurança sanitária ao nível mundial. Foi criado um novo Programa da OMS para as Emergências Sanitárias, que constitui uma plataforma única em todos os três níveis da Organização para abordar os surtos de doenças e outras emergências de saúde. A capacidade do Secretariado da OMS para prestar melhor apoio aos Estados-Membros na prevenção, detecção e resposta a emergências sanitárias na Região Africana aumentará consideravelmente.

Para ajudar a melhorar a capacidade nacional de preparação e resposta, será apresentada uma estratégia regional de segurança sanitária e emergências à sexagésima sexta sessão do Comité Regional. A OMS apoiará os Estados-Membros a implementarem a estratégia e trabalhará com outras iniciativas na área da segurança sanitária, para alcançar e manter as principais capacidades de aplicação do RSI. Espera-se que os Estados-Membros afectem recursos internos para a implementação de intervenções prioritárias.

A OMS continuará a trabalhar afincadamente com os parceiros para criar um fórum que possa responder de imediato a surtos epidémicos e a emergências de saúde.

O relatório realça os progressos realizados na luta contra a poliomielite. Com a dinâmica e os progressos que se verificam actualmente, a Região Africana está a caminho de ser certificada como tendo erradicado a poliomielite até ao final de 2017.

À medida que nos aproximamos desta fase, a quantidade de recursos afectados à Região Africana para combater a doença vai começar a diminuir. É, por isso, importante que a transição da infra-estrutura existente da poliomielite, como, por exemplo, o pessoal e o equipamento necessário para manter os esforços de erradicação e beneficiar outras intervenções de saúde pública seja cuidadosamente gerida, com apropriação e liderança por parte dos governos. A OMS irá fornecer apoio técnico e exercer advocacia junto dos parceiros, governos doadores e agências de desenvolvimento para assegurar que esta transição se processará com êxito.

O relatório salientou igualmente os principais triunfos e os progressos realizados na implementação da Agenda de Transformação, incluindo os esforços para melhorar a eficiência, a conformidade e a responsabilização nas operações e para reforçar a capacidade dos recursos humanos no Escritório Regional e nas Equipas de Apoio Interpaíses. O processo de realinhamento dos recursos humanos com as prioridades regionais levou a uma melhor definição das funções do pessoal e da correspondência do posto com os perfis necessários. O processo de realinhamento irá agora ter lugar nas Representações da OMS.

De modo a assegurar uma implementação mais estruturada e bem-sucedida, a Agenda de Transformação será calculada e totalmente integrada no Orçamento do Programa. Serão criadas uma Equipa de Gestão do Projecto e uma Comissão de Supervisão para supervisionarem a implementação, monitorização e notificação eficazes, assim como uma plataforma *online* para compilar, monitorizar, avaliar e notificar sobre as actividades comprometidas à Agenda de Transformação. A plataforma estará acessível a todos os Estados-Membros e parceiros, como parte dos esforços para melhorar a responsabilização e a transparência.

As mudanças actuais e futuras a serem efectuadas no âmbito do quadro da Agenda de Transformação procuram reforçar a capacidade do Secretariado da OMS na Região Africana, de modo a corresponder às expectativas dos Estados-Membros e dos parceiros. Prosseguir-se-ão os esforços de advocacia para que os Estados-Membros aumentem as dotações dos orçamentos para a saúde e ainda para a mobilização de financiamento externo, de modo a acelerar o aumento e a implementação de intervenções comprovadas de saúde destinadas a melhorar a saúde das populações.

O Secretariado está totalmente empenhado em trabalhar com os Estados-Membros e parceiros para assegurar o acesso universal a um pacote básico de serviços de saúde essenciais em todos os Estados-Membros da Região e se poder alcançar os melhores resultados de saúde possíveis para as populações africanas.

Notas Finais

1. http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/who-health-emergencies-programme-progress-report-march-2016.pdf?ua=1
2. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
3. http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/
4. Angola, Argélia, Burquina Faso, Camarões, Congo, Eritreia, Gabão, Quénia, Lesoto, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
5. Etiópia (+12), Gabão (+10), Chade (+9), Mali (+9), Benim (+8), Guiné-Bissau (+7).
6. África do Sul, Angola, Argélia, Botsuana, Burúndi, Burquina Faso, Cabo Verde, Eritreia, Gâmbia, Gana, Lesoto, Malawi, Maurícia, Moçambique, Quénia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
7. Argélia, Burquina Faso, Cabo Verde, Gana, Maurícia, Ruanda, Senegal, Seychelles, Tanzânia, Zimbabwe.
8. África do Sul, Angola, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
9. Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Libéria, Moçambique, São Tomé e Príncipe, Suazilândia e Uganda.
10. África do Sul, Angola, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Maurícia, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
11. África do Sul, Botsuana, Burquina Faso, Camarões, Gâmbia, Gana, Moçambique, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
12. Mpabalwani EM, Simwaka CJ , Mwenda JM, et al. Impact of Rotavirus Vaccination on Diarrheal Hospitalizations in Children Aged <5 Years in Lusaka, Zambia. Clinical Infectious Diseases. 2016:62 (Suppl 2) S183 – 187; Armah G, Pringle K, Enweronu-Laryea CC, Ansong D, Mwenda JM, Diamenu SK, Narh C, Lartey B, Binka F, Grytdal S, Patel M, Parashar U and Lopman B. Impact and Effectiveness of Monovalent Rotavirus Vaccine Against Severe Rotavirus Diarrhea in Ghana. CID 2016:62 (Suppl 2) S200-207; Tate JE, Ngabo F, Donnen P, Gatera M, Uwimana J, Rugambwa C, Mwenda JM and Parashar UD. Effectiveness of Pentavalent Rotavirus Vaccine Under Conditions of Routine Use in Rwanda. CID 2016:62 (Suppl 2); S208-2012; Tsolenyanu E, Mwenda JM, Dagnra A, Leshem E, Godonou M, Nassoury I, Landoh D, Tate JE, Atakouma Y and Parashar UD. Early Evidence of Impact of Monovalent Rotavirus Vaccine in Togo. CID 2016:62 (Suppl 2); S196-199
13. Angola, Benim, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, e Togo
14. ONUSIDA, actualização sobre a SIDA no mundo; ONUSIDA, 2016.
15. WHO, Global Tuberculosis Report 2015: Geneva, World Health Organization, 2015
16. WHO: Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2000-2015, 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.
17. WHO: Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2000-2015, 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.
18. África do Sul, Angola, Burquina Faso, Congo, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria,

Madagáscar, Namíbia, Nigéria, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Serra Leoa, e Togo.
19. África do Sul, Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gana, Guiné, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Sudão do Sul, Uganda e República Unida da Tanzânia.
20. WHO, Global Health Sector Response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa, progress report, World Health Organization, 2015
21. WHO, Global Health Sector response to HIV, 2000-2015: focus on innovations in Africa: progress report: World Health Organization, 2015
22. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. WHO 2015.
23. África do Sul, Camarões, Côte d'Ivoire, Etiópia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Quénia, RDC, Sudão do Sul, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
24. WHO, Global Tuberculosis Report 2015: Geneva, World Health Organization, 2015.
25. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda e Suazilândia.
26. Referência: Quadro regional para o reforço da rede de diagnóstico da tuberculose em África, 2015-2020.
27. WHO, World Malaria Report 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.
28. África do Sul, Argélia, Botsuana, Cabo Verde, Comores e Suazilândia
29. WHO: Eliminating malaria, Geneva, World Health Organization 2016.
30. WHO, World Malaria Report 2015, Geneva, World Health Organization, 2015.
31. Benim, Botsuana, Burquina Faso, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quénia e Serra Leoa.
32. WHO, Global Technical Strategy for Malaria, 2016-2030, Geneva, World Health Organization, 2015
33. Benim, Guiné, Guiné Equatorial, Libéria, Madagáscar, Mali, República Centro-Africana, RD Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa e Togo.
34. Botsuana, Chade, Congo, Gabão, Lesoto, Madagáscar, Maurícia, Namíbia, Nigéria e República Democrática do Congo.
35. África do Sul, Angola, Argélia, Etiópia, República Centro-Africana e Sudão do Sul.
36. Benim, Burquina Faso, Camarões, Comores, Gana, Madagáscar, Mali, Níger, República Unida da Tanzânia e Uganda.
37. Oncocercose, filaríase linfática (FL), esquistossomíase, helmintíases transmitidas pelo solo e tracoma.
38. Angola, Botsuana, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Quénia, RDC e São Tomé e Príncipe.
39. Burquina Faso, Camarões, Gana, Mali, Quénia, Tanzânia, Togo e Uganda.
40. WHO Global Status report 2010
41. África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
42. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
43. Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Madagáscar, Namíbia, Nigéria, República Democrática do Congo e Tanzânia.
44. África do Sul, Argélia, Benim, Burquina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia
45. WHO Global status report on NCDs 2014
46. World Cancer Report 2014, International Agency for Research on Cancer
47. Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Disponível em: http://ci5.iarc.fr, acedido a 18/05/2016.
48. Argélia, Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Gabão, Guiné, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Togo e Zâmbia.

49. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133525/1/9789241506557_eng.pdf?ua=1
50. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf
51. Benim, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal e Togo.
52. Segurança rodoviária na Região Africana, 2015. Escritório Regional da OMS para a África.
53. Segurança rodoviária na Região Africana, 2015. Escritório Regional da OMS para a África.
54. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/
55. Burquina Faso, Etiópia, Mali, Moçambique, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
56. http://www.who.int/fctc/WHO_FCTC_summary_January2015_EN.pdf?ua=1
57. Escritório Regional da OMS para a África, Atlas das Estatísticas da Saúde em África 2016: Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, 2016.
58. Eritreia, Etiópia, Libéria, Madagáscar, Malawi, Moçambique, Níger, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Uganda e Zâmbia.
59. http://www.who.int/life course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/
60. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181426/1/9789241509268_eng.pdf
61. Gana, Libéria, Madagáscar, Malawi, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
62. Botsuana, Côte d'Ivoire, Etiópia, Lesoto, Ruanda, Namíbia, Togo e Senegal.
63. Angola, Burquina Faso, Camarões, Moçambique e Níger.
64. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Congo, Etiópia, Guiné, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Moçambique, Níger, Quénia, República Unida da Tanzânia, Senegal, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
65. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Guiné, Guiné-Bissau, Mali, Níger, Senegal e Togo.
66. Etiópia, Malawi, Moçambique, Quénia, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
67. África do Sul, Angola, Botsuana, Burúndi, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Lesoto, Malawi, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, RDC, Suazilândia, Tanzânia, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.
68. Global AIDS update 2016, UNAIDS, May 2016
69. África do Sul, Botsuana, Moçambique, Namíbia, Ruanda, Suazilândia e Uganda.
70. Congo, Guiné Equatorial, Lesoto, República Centro-Africana e Suazilândia.
71. Burquina Faso, Etiópia, Madagáscar, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, Ruanda, Tanzânia, Uganda e Zâmbia.
72. Burquina Faso, Burúndi, Congo, Côte d'Ivoire, Lesoto, Malawi, Níger, Ruanda, Suazilândia e Togo.
73. Côte d'Ivoire, Guiné, Mauritânia, República Centro-Africana e Serra Leoa.
74. Resolução AFR/RC63/4, Envelhecimento saudável na Região Africana: Análise da Situação e Perspectivas. Em: Sexagésima terceira sessão do Comité Regional Africano da OMS. Brazzaville, Congo, 2-6 de Setembro de 2013. Relatório final. Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2013 (AFR/RC63/4).
75. Camarões, Etiópia, Quénia, RDC e Uganda.
76. Conjunto de Instrumentos de Avaliação da Saúde (HEAT): http://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/
77. África do Sul, Botsuana, Lesoto, Moçambique, Namíbia, Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
78. África do Sul, Botsuana, Burúndi, Camarões, Lesoto, Madagáscar, Moçambique, Namíbia, Quénia, Ruanda, Senegal, Suazilândia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
79. Health in All Training Manual (2015); http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf
80. WHO/UNICEF, 2015, Water, sanitation, and hygiene in health care facilities: status in low and middle-income countries and way forward. Report. http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-carefacilities/en/
81. WHO/UNICEF, 2015. Water, sanitation and hygiene in health care facilities: urgent needs and actions. Meeting Report. http://www.who.int/water_sanitation_health/en/
82. Benim, Burquina Faso, Etiópia, Gana,

Madagáscar, Mali, Quénia, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda.
83. http://www.unep.org/roa/hesa/Portals/66/HESA/Docs/SANA_docs/decLibrevilleDeclaration.pdf
84. Burúndi, Congo e Guiné Equatorial.
85. Benim, Burquina Faso, Etiópia, Gana, Guiné, Madagáscar, Malawi, Mali, Tanzânia e Zâmbia.
86. África do Sul, Camarões, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Moçambique, Nigéria, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Togo, Uganda, Zâmbia, Zimbabwe.
87. Benim, Botsuana, Burúndi, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Lesoto, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Sudão do Sul e Togo.
88. http://www.who.int/ehealth /publications/overview.pdf
89. Argélia, Burquina Faso, Comores, Mauritânia e Suazilândia.
90. África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Burúndi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Mali, Malawi, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Seychelles, Sudão do Sul, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.
91. Benim, Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Congo, Gabão, Gana, Madagáscar, Mali, Mauritânia, Namíbia, Níger, Nigéria, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Seychelles, Suazilândia, Zâmbia e Zimbabwe.
92. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África (OMS/AFRO): O Monitor Africano da Saúde. Edição Especial: Cobertura Universal de Saúde. Número 20, Outubro de 2015. Brazzaville: OMS/AFRO; 2015.
93. OMS. Relatório da Saúde no Mundo, Genebra, Suíça. 2006
94. Gabão, Guiné, Libéria, Nigéria e Serra Leoa.
95. Roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde, com vista a melhorar a prestação de serviços de saúde na Região Africana 2012 – 2025. Disponível em: https://www.aho.afro.who.int/fr/ahm/issue/18/reports/road-map-scaling-human-resources-health-improved-health-service-delivery.
96. Botsuana, Burquina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Senegal e Zimbabwe.
97. http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en
98. Botsuana, Gana, Libéria, Nigéria, República Unida da Tanzânia e Zimbabwe.
99. Burúndi, Camarões, Congo, Etiópia, Gana, Guiné, Mali, Moçambique, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Togo, Zâmbia e Zimbabwe.
100. África do Sul, Burquina Faso, Burúndi, Etiópia, Gana, Moçambique, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe.
101. http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/essential-medicines/events/4893-towards-prevention-and-containment-of-antimicrobial-resistance.html
102. Burquina Faso, Burúndi, Congo, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gana, Moçambique, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Zâmbia e Zimbabwe.
103. Quadro Regional Regulador da OMS para o regulamento da medicina tradicional: praticantes, práticas e produtos (Documento AFRO/EDM/TRM/2015.5). Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville, República do Congo.
104. Burúndi, Côte d'Ivoire, Gabão e Ruanda.
105. Orientações políticas para a protecção de conhecimentos autóctones em medicina tradicional africana (Documento AFRO/EDM/TRM/2015.3). Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville, República do Congo.
106. Quadro regional sui generis para a protecção de conhecimentos indígenas na medicina tradicional africana (Documento AFRO/EDM/TRM/2015.4). Escritório Regional da OMS para a África, Brazzaville, República do Congo.
107. África do Sul, Botsuana, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Malawi,

Moçambique, Nigéria, Quénia e Zimbabwe.
108. http://www.aho.afro.who.int
109. http://www.aho.afro.who.int/sites/default/files/publications/5266/Atlas-2016-en.pdf
110. Guia para a criação de observatórios da saúde – primeira edição, Abril de 2016 http://www.aho.afro.who.int/en/publication/5231/guide-establishment-health-observatories-first-edition-april-2016.
111. Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Congo, Etiópia, Quénia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Serra Leoa e Uganda.
112. Kirigia JM, Ota MO, Senkubuge F, Wiysonge CS, Mayosi BM. The African national health research systems barometer. Health Res Policy Syst http://www.health-policy-systems.com/content/14/1/53
113. http://www.unocha.org/el-nino-southern-africa; http://www.unocha.org/el-nino-eastern-africa
114. OMS AFRO: http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/epr-publications/4949-mapping-the-risk-and-distribution-of-epidemics-in-the-who-african-region-a-technical-report.html acedido pela última vez a 11 de Junho de 2016.
115. Benim, Burquina Faso, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné-Bissau, Malawi, Mali, Mauritânia, Níger, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Senegal, Togo e Uganda.
116. Argélia, Cabo Verde, Camarões, Etiópia, Gabão, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Madagáscar, Nigéria, República Centro-Africana e Sudão do Sul.
117. Africa do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Eritreia, Gabão, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, Ruanda, Senegal, Sudão do Sul, Suazilândia, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabwe.
118. Burquina Faso, Burúndi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Mali, Mauritânia, Moçambique, Namíbia, Níger, República Democrática do Congo, São Tomé e Príncipe, Serra Leoa, Seychelles e Togo.
119. http://www.afro.who.int/en/rdo/reports/4928-the-africa-health-transformation-programme-2015-2020-a-vision-for-universal-health-coverage.html